



Universidade de Brasília

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

SAÚDE COLETIVA

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DOS SERVIÇOS
SOCIOASSISTENCIAIS DO DF.**

CÁSSIO HENRIQUE OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO

BRASÍLIA

2017

CÁSSIO HENRIQUE OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, DOS SERVIÇOS
SOCIOASSISTENCIAS DO DF.**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia
como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur.

BRASÍLIA

2017

CÁSSIO HENRIQUE OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, DOS SERVIÇOS
SOCIOASSISTENCIAIS DO DF.**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do título de Bacharel no Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia.

Brasília, 29 de junho de 2017.

Prof. Breitner Tavares

Coordenador do Curso de Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA

Prof. Breitner Tavares

Prof. José Antônio Iturri

Prof. Pedro Jabur

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a todas as divindades, celestiais ou não, que permitiram acontecer tamanha conquista, às que agiram deliberadamente ou motivadas por orações, rituais, entre outros, fica o meu muito obrigado.

Agradeço a Seu Divino e Dona Devani, que sempre se dedicaram a minha jornada, e nunca permitiram que fatores externos, sejam quais fossem atrapalhassem minha caminhada rumo à obtenção da graduação.

Agradeço a minha família ao apoio indispensável, em especial a meus avôs, paternos e maternos, onde sempre encontrei exemplos de luta e perseverança para continuar nos momentos de dificuldade.

Agradeço a todos os Professores que em conjunto construíram parte essencial dessa caminhada, nomes como Sérgio, Iturri, Larissa, Carla, dentre muitos outros que me guiaram pela imensidão que representa a saúde coletiva.

Agradeço aos colegas que direta ou indiretamente participaram dessa jornada, os que se apresentaram no início, no decorrer ou ao final da caminhada.

Agradeço em especial aos amigos que dentre suas particularidades foram essenciais esse fim.

À Jussara, por todo o mutuo apoio do início ao fim da graduação, as dificuldades e desafios enfrentados sempre em conjunto tornaram-se factíveis com seu auxílio, sejam estas relatorias, projetos de extensão, iniciação científica, e mesmo a construção deste trabalho. À Adriele que conheci já ao meio da graduação, agradeço pelos momentos que passamos, pela ajuda com revisões ortográficas e aconselhamentos que transcendiam o acadêmico, agradeço pelo esforço de madrugadas mal dormidas ajudando-me na finalização deste trabalho, e de vários outros.

Agradeço por último àquele que considero mais que um Professor ou Orientador, um grande Amigo Pedro Jabur, por toda a caminhada construída em meio a graduação, pela confiança depositada quando graduando, pelas oportunidades e o conhecimento adquirido, e principalmente pela conquista de uma grande amizade que espero levar por mais longos anos.

EPÍGRAFE

“Hindley, arrancou-se do seu paraíso junto à lareira e, nos segurando ambos, um pela gola, o outro pelo braço, nos atirou para a cozinha dos fundos, onde, garantia Joseph, o diabo viria nos buscar, tão certo quanto estarmos vivos. Com esse consolo cada um de nós procurou seu canto, à espera do demônio. Apanhei numa prateleira este livro e [...]”

– Emily Bronte

RESUMO

São realizadas algumas relações frente a população em situação de rua e o comprometimento que o poder público vem desempenhando a seu favor ou não. O objetivo do trabalho resume-se a percepção que a própria população em situação de rua possui a respeito dos serviços de saúde, assistência social e psicossociais. Foi estabelecida uma base teórica à cerca do histórico dessa população no Brasil e a construção enquanto categoria social que se consolidou com o passar dos anos. A partir deste levantamento foram estabelecidos os serviços que trabalham exclusivamente e/ou os que foram reformulados a abranger essa população, estipulando quinze (15) serviços base a serem questionados no decorrer do trabalho. A metodologia utilizada segue a linha qualitativa composta pela utilização de entrevista pautada, por intermédio de gravador e caderno de campo em Brasília e Taguatinga, compondo ao total quatro (4) entrevistados e a análise de dados realizada por Análise de Conteúdo. Para análise de conteúdo as entrevistas foram transcritas e recortadas segundo relatos voltados aos serviços. Destes recortes foram estabelecidas categorias divididas entre categorias: iniciais, intermediárias e finais, discutindo-as por fim segundo conjunto de autores conexos ao referencial teórico.

Palavra-chave: População em situação de rua, acesso, acesso aos serviços de saúde, assistência social.

ABSTRACT

Some relations are carried about the homeless and the commitment that the public power has been making in it's favor or not. The objective of the study is the survey of the perception that the own homeless has about the helth services, social assistance and psychosocial. A theoretical basis was established on the history of this population in Brazil and the construction as a social category consolidated over the years. From this survey, the services that worked exclusively or those that were reformulated to include this population were established, stipulating fifteen (15) basic services in the Distrito Federal, to be questioned in the course of the study. The methodology used follows the qualitative line composed by the use of scheduled interview, by means of recorder and field book in Brasília and Taguatinga, composing to the total four (4) interviewees and the data analysis performed by Content Analysis. For content analysis the interviews were transcribed and cut according the reports related to the services. Of these cuts were established categories divided into: initial, intermediate and final, discussing them at last according to the theoretical reference of this study.

Keywords: Homeless, access, access to helth services, social assistance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços disponíveis para PSR segundo Guia de Serviços para cidadania da População em Situação de Rua

Quadro 2 - Divisão de questionamentos e pautas base para realização de entrevista por pautas no decorrer do trabalho.

Quadro 3 – Categorização do tratamento de dados por Análise de Conteúdo para inferência de resultados.

Quadro 4 – Disposição da Análise de conteúdo segundo divisão das categorias a partir do recorte das entrevistas transcritas para discussão.

Quadro 5 – Categorias iniciais identificadas para Análise de conteúdo, segundo as entrevistas realizadas.

Quadro 6 - Categorias Intermediárias 'Não Percepção da Rede', 'Acesso a Rede' e 'Utilização do Serviço'.

Quadro 7 – disposição da categoria intermediária 'Não Percepção da Rede' e suas categorias iniciais.

Quadro 8 – disposições da categoria intermediária 'Acesso à Rede' e suas categorias iniciais.

Quadro 9 – Disposições da categoria intermediária utilização do serviço e suas categorias iniciais.

Quadro 10 – disposição da categoria final I e suas categorias intermediárias.

Quadro 11 – Sistematização das informações trazidas pelos entrevistados quanto aos serviços questionados.

Quadro 12 – Disposição da categoria final II e sua categoria intermediária.

Quadro 13 – Sistematização dos relatos segundo caracterização da utilização dos serviços a partir das entrevistas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSR – População em Situação de Rua

PNPSR – Política nacional para População em Situação de Rua

DF – Distrito Federal

CIAMP-RUA – Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua do Distrito Federal.

OAF – Organização de Auxílio Fraternal

Coopamare – Cooperativa dos Catadores Autônomos de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis

MNPR – Movimento Nacional para População de Rua

MNCR – Movimento Nacional dos catadores de Materiais Recicláveis

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social.

CONGEMAS – Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social

GDF – Governo do Distrito Federal

ADC – Análise de Discurso Crítica

MS – Ministério da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

CnaR – Consultório na Rua

CS – Centro de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Centro Pop – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SEDESTMIDH – Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos

SES – Secretaria de Estado de Saúde

ONG – Organizações não Governamentais

LGBT – Lésbicas, Gays, Bi e Transexuais

SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal.

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento à Família

CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social

COSE – Centro de Orientação Socioeducativa

UNAFMI – Unidade de Acolhimento para Adultos, Famílias, Mulheres e Idosos

AVV – Programa de Atenção a Adolescentes com Vivência de Violência Sexual

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

UPAS – Unidade de Pronto-Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

RAs – Regiões Administrativas

AC – Análise de Conteúdo

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

BRB – Banco de Brasília

PVHA – Pessoas que vivem com Hiv/Aids

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 DIMENSÕES POLÍTICAS.....	14
3.1.1 Políticas Públicas	14
3.1.2 Tipologias Políticas	15
3.1.3 Políticas Sociais	16
3.2 MOVIMENTO POLÍTICO PARA A RUA	19
3.2.1 Consolidação do Movimento Político	19
3.2.2 Política Nacional: Fruto do Movimento Consolidado	23
3.3 ADESÃO À POLÍTICA: CONSEQUENCIAS NACIONAIS E DISTRITAIS	26
3.3.1 Formulação do CIAMP-Rua DF.....	26
3.3.2 Manuais e Orientações Técnicas	28
3.3.3 Rede Socioassistencial no DF?	30
3.3.4 Serviços para População em Situação de Rua no DF	32
4 METODOLOGIA	38
4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA	38
4.2 MÉTODO DE PESQUISA.....	38
4.3 AMOSTRAGEM POPULACIONAL	42
4.4 DEFINIÇÕES GEOGRÁFICAS.....	45
4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	45
4.6 PROCEDIMENTOS	46

4.7 ANÁLISE DE CONTEÚDO	50
5 ASPECTOS ÉTICOS	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 ENTREVISTADOS.....	56
6.2 CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS	60
6.3 CATEGORIAS INICIAIS	62
6.3.1 Conhece Algum Serviço	63
6.3.2 Conhece Apenas o Centro Pop.....	65
6.3.3 Soube por Amigos.....	66
6.3.4 Foi a Pé aos Serviços	66
6.3.5 Busca por atendimento na saúde.....	67
6.3.6 Busca por atendimento no Centro Pop	69
6.3.7 Foi Atendido	70
6.3.8 Ser Bem Tratado Pelos Profissionais.....	72
6.3.9 Voltou ao Serviço	73
6.3.10 Conseguiu o que Buscava	74
6.4 CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	76
6.4.1 Não Percepção da Rede	76
6.4.2 Acesso à rede	78
6.4.3 Utilização do Serviço	81
6.5 CATEGORIAS FINAIS.....	83
6.5.1 Serviços para população em situação de rua	83
6.5.2 Atendimento para população em situação de rua.	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
8 REFERÊNCIA	90

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é um fragmento populacional peculiar. É um grupo de indivíduos que ocupa espaços urbanos, sendo constantemente marginalizados e, em função disso, expostos à diversas formas de violência.

Enquanto vetor contrário a essa gama de violência, em 2009, pelo Decreto 7.053 têm-se a redução de todo o contexto das situações de rua para a sigla PSR, a partir da promulgação da Política Nacional Para População em Situação de Rua (PNPSR), permitindo a essa população uma condição de identidade “de rua” que, paradoxalmente, permite valer seus direitos, enquanto caracterização institucional.

Esta mesma redução pode ser interpretada como um sinal, e ao mesmo tempo, consequência de um conjunto de ações estratégicas do Estado, visando, dentre outras razões, a definição de uma dada população como sujeito e objeto político único, no sentido de possibilitar a elaboração de políticas públicas específicas para essa população. Visão concretizada com o passar dos tempos, afinal existem hoje serviços específicos à essa população e o acesso garantido da mesma a outros serviços que se atentam a assistência social de populações vulneráveis como um todo (Domínio público).

Essa composição política favorável a PSR não é algo tradicional ou esperado da sociedade, de maneira a criar um paradoxo do papel social ao morador de rua. Magni (1994), afirma que o morador de rua pode ser etiquetado como anti-cidadão, na medida em que resiste as normas que a sociedade ora lhe nega, ora tenta lhe impor, de construir um lar, ser um trabalhador produtivo, asseado e decente. Esse mesmo paradoxo pode ser compreendido quanto ao acesso e a qualidade dos serviços aos quais essa população utiliza, uma vez que, a nível nacional são poucos os esforços para quebrar essa perspectiva de anti-cidadão, ainda que aumentando o número de instituições com esse objetivo.

A estruturação desses serviços a partir do decreto 7.053/2009 compôs um espaço político favorável a PSR, que assim o fez também no Distrito Federal (DF). Esse espaço favorável depreendeu dentro da Assistência Social uma consolidação de serviços até então desconhecidos pela população de rua. Essa consolidação

desenvolveu-se na capital federal principalmente sobre a atenção à saúde, assistência psicossocial, e sobre a própria assistência social. Entretanto pouco se questiona academicamente ou mesmo por parte do serviço, quanto ao posicionamento da própria PSR a respeito de suas conquistas enquanto movimento, ou como benefícios enquanto população vulnerável. Ou ainda avaliações que disponham sobre a qualidade destes serviços, ou dos provimentos destas políticas que tanto foram aguardadas por essa população (BRASÍLIA, 2013).

Os poucos estudos sobre essa perspectiva compreendem levantamentos amplos demais, a fim de contextualizar a nível nacionais a importância de políticas a essa população, ou ainda a ressaltar como essa se localiza como política dentro do Estado como faz Dantas (2012). Há de se ressaltar também que, embora poucos, há estudos que buscam relacionar os impactos políticos a adesão governamental de políticas, à PSR, ou ainda estudos que explanam como é concretizada a relação entre PSR e Estado de maneira menos ampla, mas ainda assim, discutindo essa relação a nível estadual como fazem Pereira (2008) e Pereira (2016).

Levando em consideração o Decreto 7.053/2009, e a ineficácia do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua do Distrito Federal (CIAMP-RUA) no cumprimento de seu papel, segundo Resende (2014). Há evidente necessidade da realização de avaliações e/ou monitoramentos quanto aos serviços e suas respectivas qualidades segundo o olhar de seu público Alvo. Ressaltando também, a ainda evidente falta de estudos que compreendam esse objetivo, é possível elencar uma certa lacuna quanto a compreensão de como são tratados os direitos da PSR, como eles veem esses serviços e se os veem.

Lacuna esta que será explorada tanto no Referencial teórico sob o ponto de vista histórico da PSR, mas também enquanto objetivo deste trabalho, evidenciando qual a percepção que essa população possui destes serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho objetiva levantar a percepção que a população em situação de rua do Distrito Federal possui sobre a rede de atenção socioassistencial, incluindo assim as redes de atenção à saúde, assistência social e psicossocial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos compreendem:

- Verificar se a população de rua do percebe estes serviços em rede ou não;
- Analisar esta percepção para compreender a qualidade destes serviços segundo a população de rua do DF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIMENSÕES POLÍTICAS

Políticas públicas é um termo que será recorrentemente debatido neste trabalho, para tal, é necessário entender os enlaces aos quais este diz respeito e a maneira qual será desenvolvido aqui.

3.1.1 Políticas Públicas

Política é geralmente trabalhada sob dimensões, pode ser vista sob duas (Bobbio, 2002; Mead, 2013) ou três (Klaus, 2000; Tude, 2010) categorizações dimensionais, dividindo a cada uma, ação diferente dentro do Estado. Assim, Couto (2005) trabalha sobre as dimensões: *constitucional*, *competitiva* e *pública*.

A *política constitucional*, advinda do inglês *Polity* age como um pilar central enquanto estrutura básica e essencial ao Estado, sendo responsável por definir os direitos e deveres fundamentais de todos os cidadãos do Estado. A *política competitiva* está colocada de maneira sinônima ao conhecido partidarismo brasileiro enquanto detentoras do poder público dentro do Estado, utilizando de competitividade, coalisões e alianças a influenciar as decisões do governo, tratada em inglês como *Politics*. E a dimensão das *políticas públicas* – em sentido a colocação de Couto (2005), Política condicionada – é caracterizado como tudo que resulta enquanto produção do Estado, sendo vista pelo autor como produto condicionado das duas demais dimensões de política, entendida pelo termo em inglês *Policy*.

Considerando *Policy*, temos políticas públicas como um conjunto de orientações baseada na constituição e no jogo político de cada *pólis*, voltada à coletividade que nesta se baseia. Contudo, ainda que amplifique a submissão da política pública a duas dimensões políticas dentro do Estado, ela é dependente de outros fatores, o que certifica que sua construção e posição dentro da representatividade do Estado não sejam inferiorizadas.

Souza (2006) ao resumir política pública a coloca como um campo do conhecimento, em que se subentende o estudo da ação do governo à medida que se colocam mudanças sob o mesmo, ainda a ser interpretada como um campo holístico ao qual entende-se como território de diversos saberes que, independentemente disso, se comporta de maneira coerente, e que acabam por desenhar propostas de ação para os governados do Estado.

Assim, assumir-se-á política pública como um conjunto de orientações que designam a realização de medidas ou a abstenção de ações em prol daqueles que constituem a esfera civil da *Pólis* ou por vezes, contrária a essa mesma esfera. Sua justificativa existencial, todavia, encontra-se em seu próprio contexto de inserção, à medida que surge como orientação ou proposta de solução a uma realidade ou problema – dada como coletivo (pertencente a *Pólis*) – e a partir disso, infere-se uma intencionalidade – também coletiva – de reverter esse problema, utilizando de medidas e ações necessárias para tal.

3.1.2 Tipologias Políticas

Tipologias políticas são diferenciações construídas com base nas características da própria política pública. Secchi (2013) traz um compilado de tipologias para exemplificar sua divisão. A exemplo, a tipologia de Gustafsson que atribui políticas públicas a existência ou não de “conhecimento para sua elaboração” e “Intenção de implementar a política pública”, levando em consideração a agenda governamental e os atores envolvidos na elaboração da Política. Outro exemplo, a tipologia de Boseman e Pandey, que as divide sob seu conteúdo, definindo como político – aquelas que apresentam conflitos no estabelecimento e ordenamento de objetivos, possibilitando identificação de favorecidos e desfavorecidos – e técnico – que apresenta conflitos unicamente em relação ao método de construção da política – levando em consideração basicamente atores favorecidos e desfavorecidos.

Todavia, além de todas estas, encontra-se a tipologia de Theodore J. Lowi. Lowi (1964) divide a sociedade em arenas de poder e cada política constitui uma arena sob seu impacto na sociedade. As Políticas Regulatórias são políticas que

estabelecem padrões de comportamento (código penal); as Políticas Distributivas geram benefícios a grupos específicos, cujos custos são difusos por toda a coletividade (gratuidade de taxas); as Políticas Redistributivas concedem benefícios concentrados a categorias, à medida que, outras categorias, arcam com os custos dessa redistribuição (cotas raciais, benefícios sociais). O quarto tipo só foi descrito por Lowi em trabalhos posteriores, são Políticas Constitutivas, seriam aquelas “que definem as competências, jurisdições, regras da disputa política e da elaboração de políticas públicas” (LOWI, 1985 apud SECCHI, 2013, p.27).

Assim, faz-se claro que as tipologias políticas são ferramentas ordinalmente usadas para dividir e estudar as políticas, bem como estabelece-las segundo enfoques dentro da gestão governamental. Para alocação tipológica de uma política devem ser utilizados critérios, dentre estes, podem estar incluídos o problema, os atores que compõem a agenda, os atores de formação da política, os atores beneficiados com a política, os atores desfavorecidos com a política, entre outros fatores que tendem a influenciar a formação de uma política pública dividindo assim, entre, por exemplo, políticas sociais e políticas econômicas.

3.1.3 Políticas Sociais

As políticas sociais por vezes são desenvolvidas enquanto conjunto a políticas de cunho diferentes, mas que enquadram avanços para sua implementação mútua. O exemplo mais claro disso é a relação intrínseca existente entre políticas econômicas e sociais, ambas criadas em meio ao estabelecimento e evolução do capitalismo e constituídas para melhor funcionamento do mesmo (PIANA, 2008; BERHING, 2006).

Todavia o conceito de políticas sociais agindo em conjunto ou não, pode ser entendido como variante, de acordo com o que é esperado desta.

Políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquistas dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (FALEIROS, 1991 p. 8).

A construção do que a política social é, depende da interpretação que se dá a proteção social, sendo assim interpretada como mais de uma. A proteção social no que sugere instituição de benefícios e assistência que partiria do Estado, não segue orientações únicas, o Welfare-state concebido na Europa na década de 50 dividiu-se por diversos países seguidos de políticas sociais das mais diversas que seguiam padrões de orientação social únicas instituídas por cada um. Essa instituição única e individual sugere padrões de proteção social a variarem de acordo com o que o Estado define a ser implementado.

Fleury (2009) coloca 3 modelos de proteção social, seriam: Assistência social, que possui como característica um Estado menos participante no que diz respeito a contextos socioeconômicos, e possui como principais valores a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades; Seguro social, é caracterizada pela meritocracia, em que, quanto mais o indivíduo contribui, mais este terá direito dentro do Estado, sendo bastante balizado pela participação do usuário no mercado de trabalho trazendo o conceito de cidadania regulada, trabalhado por Santos (apud Fleury, 2009); Seguridade social, é caracterizada pela universalização de seus benefícios, independendo de contribuições anteriores, garantindo benefícios mínimos a todos.

O Brasil vive o modelo de Seguridade social determinado pela constituição de 1988, que em termos claros traz saúde, habitação e educação como garantias. Enquanto especificações destas garantias entra a política social, enquadrando seu modelo, detalhadamente, enquanto modo de ação. Como traz Mello (2007) Políticas sociais devem ser entendidas

Como uma rede de proteção, de bem-estar, implementada pelo Estado a garantir a todo cidadão tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, os quais devem ser assegurados enquanto direito político e não como caridade (MELLO, 2007, P.02).

Assim, a política social deve ser entendida como uma dinâmica de atuação sistêmica do modelo de proteção social adotada, que no Brasil, define os limites de atuação da seguridade social, mas orienta sua consolidação a ser trabalhada de maneira ampla, a fim de concretizar ações e estratégias que em âmbito coletivo

perpetuem a diminuição da vulnerabilidade pessoal e os riscos sociais (FLEURY, 2009).

Essa concretização de estratégias coletivas condiz perfeitamente com o ideal de *Policy* descrita anteriormente, permitindo entender que de maneira geral políticas sociais “se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado” (HOFLING, 2001, p.31). Dessa forma, as colocações trazidas até agora permitem entender a política social como Políticas públicas que continuam se atendo a ações e orientação, advindo do Estado para com a sociedade, entretanto voltadas a um público em específico dado como vulnerável.

Assim, será entendida como política social, toda a dinâmica de ação sistêmica determinada e constituída pelo Estado enquanto garantia de direitos que perpassem benefícios essenciais a ser definida pelo modelo de proteção social do mesmo.

Sob a perspectiva da política social como ação direta à proteção social, é aberto um debate que o Brasil possui há algum tempo, mas que não se consolidou de maneira unânime. Dantas (2012) afirma que a construção da Política de assistência social no Brasil se deu como resultado de uma construção social realizada na América Latina que reverberou por todos seus países componentes, mas que mesmo assim nem todos a seguiram de maneira eficiente.

Ao mesmo tempo que ao fim da década de 80 o Brasil garantiu benefícios sociais aos seus cidadãos como nunca visto anteriormente, essa garantia normativa não se tornou uma medida efetiva enquanto promotor de proteção social a curto prazo, tornando a Constituição de 1988 um ator fragmentado, reestruturando políticas de saúde, assistência, previdência, remodelando a proteção social do país, mas ainda a ser pensado enquanto políticas que a garantissem na vida real.

Essa transformação eminente à seguridade social do país, na década de 80, fez-se possível graças ao protagonismo dos movimentos sociais enquanto manifestações e avanços legislativos. Movimentos que constituídos de maneira composta continham, seus representantes diretos (pessoas que vivem a situação), representantes da Igreja e, em casos, representantes legais. Um dos movimentos sociais que começou a pleitear espaços nesta época foi a PSR.

3.2 MOVIMENTO POLÍTICO PARA A RUA

Uma vez iniciada a percepção de como a dimensão política do trabalho está descrita é necessário entender como essa dimensão política se insere na história da PSR, onde começa a ser discutida ou mesmo construída e o que almejava ao fazê-lo.

3.2.1 Consolidação do Movimento Político

A PSR possui ampla caracterização e contextualização trabalhada por uma enorme gama de autores, a exemplo de Frangella (2004), Costa (2005). Por ser uma população extremamente plural, caracterizada como marginal e por vezes miserável, ainda com a promulgação de políticas públicas em âmbitos nacionais, não há como evidenciar clareza por parte de atores públicos no comprometimento enquanto proteção social.

Entretanto, a luta pela conquista dessa proteção social, que existe a mais de 40 anos, é exaltada no intermédio da conquista de políticas sociais particulares e o papel de atores específicos na conquista de direitos enquanto movimento. A década de 60 a 80 é marcada na história brasileira, como um espaço nebuloso composto por um levante social nunca visto. Esse levante era formado por movimentos sociais que em sua alcunha continha diversas pautas, bem como a da população de rua.

Ao descrever a construção política de um movimento, há de se eleger um precursor da causa, neste caso, este título pertence a organizações católicas presentes em São Paulo entre as décadas de 60 e 80. De Lucca (2007) permite perceber como a Organização de Auxílio Fraterno (OAF) constituída basicamente pela Igreja Católica, mais especificamente composta pelas Oblatas da Fraternidade de São Bento, tentavam das mais diversas formas auxiliá-los, com alimentos, roupas, espaços para banho, atenção, entre outros.

Todavia, ao relatar a conquista desses espaços, a história do levante social enquanto população de rua não pode ser descrito como um contínuo histórico que obteve como consequência clara a conquista de espaços estratégicos. Toda a construção de direitos sociais, e o que esse corresponderia ao se falar em população

de rua, constitui-se em uma significação política, socialmente falando, diminuta. Permeia uma discussão mais ampla que a conquista de influência estratégica, perpassando relações estabelecidas entre sua significação social e sua caracterização enquanto 'população em situação de rua'.

A primeira relação feita entre população de rua é com a pobreza. Escorel (1999) afirma que a passagem das décadas de 60 a 80 foi crucial para o entendimento da pobreza enquanto significância social, pois evidenciava duas vertentes: sua naturalização que permitia que as pessoas falassem abertamente sobre o que a pobreza representava economicamente para o país; e sua, cada vez mais evidente, estigmatização que se referia a população dada como pobre sobre nomenclaturas que condiziam a sua posição, não só econômica e política, mas também espacial, chamando-os de marginais (*marginal*).

A marginalidade trabalhada sob o entendimento de *margem* como dito, econômica, política e também espacial, definia a pobreza para aqueles que nada tinham e assim viviam nas ruas. Dessa forma, os primeiros trabalhos e mesmo definições para com a população de rua, foram evidenciados em cima da pobreza e da miséria que estavam condicionados.

Mas não exclusivamente a estes, o termo marginalidade evidenciou-se ao fim da década de 60 e início de 70 sendo utilizada para além da pobreza, como mais que um descritor da situação qual a população de rua se encontrava, passou a ser utilizado por sindicatos, organizações populares e pela própria igreja, para realização de ações e movimentações envolvendo esta população, pois o termo constituía-se também como um claro diferenciador de *criminalidade*, permitindo a estes atores que os tratassem como abandonados socialmente e não foras da lei (DE LUCCA, 2007).

Nessa mesma época a OAF por meio da Igreja foi reorganizada e instruída a trabalhar sob a forma de 'comunidade'. Isso reverberou em seu trabalho com a população de rua, consolidando-se enquanto processo na década de 78. Esse espaço foi primordial para quebra de certa hegemonia conceitual em volta dessa população, pois enquanto instituição passaram a exteriorizar a ideia de que

Não se tratando mais simplesmente de maloqueiros, vagabundos ou mendigos, mas de um povo sofredor que vive nas ruas da cidade e que deve

encontrar seu caminho como rebanho escolhido, a rua torna-se terra de missão. Uma missão que busca denunciar as violências praticadas e anunciar as boas novas, delatando a morte que espreita a rua e afirmando publicamente a existência de uma vida que lá resiste e insiste em sobreviver (DE LUCCA, 2011, p. 11).

Essa perspectiva de ‘povo sofredor’ é estabelecida pela OAF e passa a reverberar também junto a população em geral, evidenciando uma quebra factível da compreensão pública notada em mecanismos de comunicação da época, segundo Frangella (2004) era possível perceber que até a década de 70 no imaginário popular o povo de rua vivia na imagem do mendigo, aquele fracassado que sobrevive da doação alheia e que a partir dessa década, mais especificamente na de 80, “torna-se relevante como questão social, econômico e político” (FRANGELLA, 2004, p. 72).

Entretanto, essas conquistas enquanto compreensão pública e mesmo a “proteção” desses atores, não mudava o fato de que a população de rua era excluída, já se constituía como população exposta às diversas formas de violência, não só física, mas moral. Essa exclusão é vista como uma segunda relação a ser feita com a população de rua, sendo essa composta não somente pela privação de bens materiais, mas também pela intensa privação – que desqualifica socialmente aquele que passa por ela – vista no sentido de tirar do indivíduo sua competência de cidadão, de ser humano, de ser que possui desejos, anseios, vontades que os qualificam e revelam suas subjetividades (ESCOREL, 1999)

A OAF com o objetivo de construir um espaço de convivência para a população de rua a fim de antagonizar tamanha exclusão, estabeleceu o Centro Comunitário dos Sofredores de Rua, a fim de acolhe-los e ceder a eles um espaço para discutir seus direitos, sua condição, formas de sustento, “e obviamente um tema constante era o do desemprego e do trabalho” (DE LUCCA, 2011, p.15)

Esse espaço, aberto, livre e totalmente voltado para população de rua permitiu que eles interagissem a fim de compor espaços para si mesmos. É nesse espaço que surge a ideia de fundar uma Associação de Catadores, uma vez que já representava o meio de sustento de boa parte deles. Esse não fluiu como um processo prático, foi necessário dinheiro (daqueles que não tinham nenhum), debates, acordos com benfeitores aleatórios e apoio político (que não existia). Felizmente ao Centro Comunitário a vereadora Erundina cedeu o apoio político necessário e em 1985

construiu-se a Associação de Catadores. A crescente participação e adesão à Associação de Catadores permitiu que ela crescesse tornando-se em 1989 a Coopamare (Cooperativa dos Catadores Autônomos de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis) (DE LUCCA, 2011).

Assim, a partir da década de 90 as composições características da população de rua – pobreza e exclusão – que existiam no imaginário social, impulsionaram o ideal de categoria, no sentido de que foram abandonados pela sociedade e pelo próprio governo. Essa construção categórica que começara com representantes da igreja, passara então a ser aderida por eles de maneira que os permitia viver como movimento social em busca de direitos, que os deixasse transcender a figura de pobreza existente, a fim de serem reconhecidos como seres de direito.

Essa busca por direitos foi auxiliada por um aumento considerável no número de pessoas nas ruas. Adentrando a década de 90, o número de pessoas morando nas ruas de São Paulo triplicou entre 1991 e 1995 (VARANDA, 2004). No entanto, essa visibilidade não deve ser interpretada apenas como consequência óbvia disso, mas como construção e consolidação do movimento social formado no decorrer destas décadas.

A contínua movimentação e busca por direitos de atores da própria população de rua permitiu a consolidação de movimentos próprios. Após a chacina da Praça da Sé em São Paulo 2004, que foi considerado o estopim no que diz respeito a violência e privação de direitos à população de rua, há a consolidação de um movimento social maior, mais organizado, e a parte de outras instituições.

Surge assim em 2005 o Movimento Nacional Para a População de Rua (MNPR), este nasce com o objetivo de demonstrar a dura realidade da população de rua, colocando-se contra “o preconceito, a discriminação e violações dos direitos humanos” (MNPR, 2008, p. 28). É dirigido por pessoas da rua, em prol da rua, surgindo no Estado de São Paulo e Belo Horizonte, consolidando-se posteriormente em outros Estados.

3.2.2 Política Nacional: Fruto do Movimento Consolidado

Durante os anos seguintes ao 2000, como visto em 2004, há uma maior consolidação do MNPR e assim ações políticas cada vez mais construtivas para a população de rua. Uma dessas ações é a criação do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR) em meados de 1999. A criação desse movimento se faz muito importante para conquista de espaço junto ao Governo Federal, uma de suas principais ações acontece em 2003 quando o MNCR é um dos protagonistas do 1º Congresso Latino-americano de Catadores em Caxias do Sul – RS, o encontro permitiu unificação por entre os países da América Latina enquanto luta por direito dos catadores e garantiu que o governo brasileiro cedesse às pautas dos movimentos de catadores de materiais recicláveis.

Essa cessão de espaço era apenas o primeiro passo na construção de uma visibilidade ainda maior as situações de rua. Em 2004 foi promulgada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Onze anos após a publicação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), é então publicado um conjunto de orientação que reorganiza dentro da LOAS as ações de assistência. Há de se ressaltar que na PNAS várias atitudes e ações estratégicas são descritas para todas as populações que se colocam como vulneráveis, assim como tomada de decisões favoráveis à população de rua, inclusive tecendo condições especiais e prioridades a serem tomadas no caso de tratar com os mesmos. Entretanto a LOAS não citava a palavra “rua” uma única vez em todo seu corpo de texto.

Isso foi mudado pela Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005 que altera o parágrafo único do art. 23 da LOAS, assumindo o texto:

Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo:

I – às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

II – às pessoas que vivem em situação de rua. (NR)” (BRASIL, 2005, grifo nosso).

Assim, tornava-se direito previsto e garantido por lei, a responsabilidade da assistência social de agir para além da lógica de amparo. Dessa forma pouco demorou para que fossem tomadas medidas em prol da garantia destes direitos e criação de programas e instrumentos políticos que pudessem fazê-lo.

Em 2005, no I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, representantes de governos municipais, organizações sociais, pessoas em situação de rua e o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) se reuniram para traçar os desafios e definir as estratégias para a construção de políticas públicas (MNPR, 2008, p. 31).

Esse encontro tornou-se um marco histórico, no que diz respeito a população de rua. Nunca desde a criação do MNPR havia uma discussão tão politicamente influente sobre espaços a essa população. Mesmo as cooperativas haviam conquistado espaços municipais e estaduais – com políticas que não atendiam as demandas totais da população –, mas não haviam conseguido consolidar a construção de um espaço nacional afim de uma discussão ampla como essa. Como fruto desse Encontro

O Presidente da República criou um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com representante de 6 ministérios, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da sociedade civil, para abrir um amplo processo de estudos e elaboração de propostas com participação social na definição do conteúdo da política (MNPR, 2008, p. 31).

A política já em construção era a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e como uma política para a rua, devia ser composta por pessoas que da rua são. Portanto onde consta “sociedade civil”, lê-se:

Representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada” (BRASIL, 2008, p. 2).

Esta política foi promulgada no ano de 2008 com o intuito de orientar a criação de outras políticas e programas de maneira a conduzir o governo federal ainda a

garantia de maiores benefícios à população de rua. Dessa forma a política descreve a pluralidade da população, mecanismo de exclusão, e rupturas aos quais esses são expostos antes da rua, já na rua, e por fim medidas de auxílio a vida fora das ruas descritas por meio de suas diretrizes e princípios, a exemplo, da promoção da cidadania e a intersectorialidade de ações no que tange a PSR, auxiliando além da possível saída da rua, mas também medidas para melhorar a vida dentro dela.

Todavia vale ressaltar ainda no ano de 2007 outra grande conquista à nível nacional para a PSR. Foi realizado o I Censo e Pesquisa Nacional de População em Situação de Rua.

A Pesquisa Nacional, encomendada pelo MDS, foi o primeiro e único estudo realizado nacionalmente. Seus resultados se tornaram um instrumento fundamental para a construção de políticas públicas para o setor da população em questão porque, pela primeira vez, gestores públicos tiveram acesso a informações confiáveis em nível nacional sobre essa população” (FERRO, 2012, p. 37)

Uma vez cedidos mecanismos de orientações e informações censitárias a respeito dessa população tudo estava estruturado para que se pensasse uma política que organizasse serviços novos pensados exclusivamente para essa população não apenas em âmbitos municipais, mas nacionais. Assim no ano de 2009 foi realizado o II Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, com o objetivo de discutir a consolidação da Política Nacional para População em Situação de Rua que seria, ainda nesse ano, promulgada pelo Decreto 7.053/2009.

A consolidação desta política, permitiu em primeiro lugar a caracterização dessa população em termos oficiais. Sua contextualização trabalhada anteriormente foi (re) afirmada pela Política Nacional caracterizando-os como

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009, p. 1).

A promulgação, no Brasil, da Política Nacional para População em Situação de rua através do decreto 7.053/2009, possibilitou desde a construção de lógicas de apoio e cuidado institucionais a realização e publicação de uma série de pesquisas sob perspectiva majoritariamente censitárias – o que é justificado pois a política é bastante incisiva quanto a realização de censos da PSR –, além de manuais de cuidado e outras linhas de pensamento acerca dessa população. Por isso não só o termo população em situação de rua, como a implantação do Centro de Referência Especializado Para População em Situação de Rua, e a Reestruturação de centros de acolhimento temporário (Albergues) são fruto tanto de uma elaboração estatal, como de um natural processo de amadurecimento dos movimentos sociais na tentativa de abarcar uma multiplicidade de indivíduos e situações

Portanto, a política nacional desta população funciona como uma espécie de vetor de articulações, que enquadra visibilidade política para uma população que a pouco consolidou sua visibilidade existencial. Não age como uma política de divisão de renda, mas age enquanto política social e permeia a proteção social através direitos que descritos são garantidos por suas diretrizes e princípios.

3.3 ADESÃO À POLÍTICA: CONSEQUENCIAS NACIONAIS E DISTRITAIS

3.3.1 Formulação do CIAMP-Rua DF

Após ser formulada e promulgada a nível federal pelo decreto 7.053/2009, a política havia de ser aderida por entes federados e/ou municípios a fim de que suas propostas fossem implementadas. O Distrito Federal foi o primeiro ente federado que o fez, mas sob situação política instável o que abriu um leque de dúvidas sob a real adesão desta política. O Governo do Distrito Federal (GDF) aderiu a política formalmente no ano de 2013, ano anterior as eleições federais, de maneira que sua adesão passara a ser interpretada como marketing político e não como constructo estratégico a favor da população de rua.

Independente do objetivo seja esse oficial ou oficioso, a política foi aderida sob uma conjuntura política favorável a si. Para sua adesão descreve-se no Art.9 que

Fica instituído o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, integrado por representantes da sociedade civil e por um representante e respectivo suplente de cada órgão a seguir descrito:

I - Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará;

II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

III - Ministério da Justiça;

IV - Ministério da Saúde;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério das Cidades;

VII - Ministério do Trabalho e Emprego;

VIII - Ministério dos Esportes; e

IX - Ministério da Cultura”. (Brasil, 2009, p. 3).

Este Comitê, pode ser considerado uma ferramenta de participação social, para que representantes do governo e da sociedade civil (membros de representações enquanto população de rua), possam acompanhar e monitorar as ações da PNPSR. No entanto, o CIAMP-RUA é também responsável por organizar estratégias de implementação, elegendo metas e ações para desenvolvimento de atividades previstas na política.

Uma vez de comum ação à implementação da política, o Comitê foi constituído no DF pelo decreto 33.779, de 6 de julho de 2012, decreto que também institui a adesão à PNPSR, entretanto como dito, a adesão formal à política só aconteceu em 2013 (PEREIRA, 2016).

O CIAMP-RUA como conceito deve ser considerado uma ferramenta de participação social, a princípio, funcional. Um espaço de debate cuja função é implementar, monitorar e conceber formas de aprimorar a ação política para uma população vulnerável cujo metade dos participantes são parte desta população. Isso garante no mínimo que essa população terá voz ativa no que diz respeito a ‘fiscalização’ do que é proposto pela política e enfim realizado.

Entretanto, Resende (2014) ao realizar um estudo de Análise de Discurso Crítica (ADC) junto as primeiras reuniões do CIAMP-RUA DF evidencia que, ainda em

número igual, ou por vezes em maioria pela falta de algum representante governamental, os representantes da população de rua, são calados pela prática do discurso imposta, e suas intenções de debate pela lógica de vivência na rua não era acolhida.

O trabalho acompanhou apenas as duas primeiras reuniões, mas deixa um questionamento extremamente necessário sobre os ganhos reais quanto a participação social dessa população enquanto articulação junto ao governo no DF.

3.3.2 Manuais e Orientações Técnicas

De maneira a instituir lógicas de acesso e reorganizar o sistema de atendimento à população em situação de rua, a Política Nacional se propõe não só a mudar algumas ações em curso – lógica de acesso à albergues – como propõe novas ações. Contudo, os “frutos” da PNPSR, não se restringem ao que nela está proposto, muito pelo contrário. Após anos lutando por reconhecimento e voz política, a PSR recebeu espaço para agir em prol e por si mesmo. A Política marcou o início de uma abertura institucional no que tange o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) não apenas legislando a seu favor, mas debatendo as necessidades e particularidades dessa população.

Em 2012 o MS torna público o *Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. Esse Manual descreve a população de rua e mais uma vez reafirma terminológica e historicamente a construção categórica desta população, abre um capítulo sobre os problemas clínicos mais comuns da população de rua, como problemas nos pés, tuberculose, entre outros, mas acaba por fazer-se um manual não prático e sim político, trazendo estratégias de reorganização do sistema de saúde para que consiga abrange-los.

O manual tem como base legislativa principal a Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que propõe ações específicas enquanto atenção básica para essa população. Além de subsidiar este manual, a portaria cria também um grupo de trabalho parecido com a Estratégia Saúde

da Família (ESF) mas voltada para a população de rua, chamando-a de Consultório na Rua (CnaR).

Silva (2015) diz que a maior dificuldade presente no sistema de saúde nacional é garantir que a população de rua enquanto população “em situação de vulnerabilidade extrema”, receba cuidado de qualidade, uma vez que em sua maioria estes não contam com domicílio fixo, e por vezes têm práticas itinerantes, dificultando a continuidade do cuidado, e mesmo o estabelecimento de vínculos entre cuidador e paciente (SILVA, 2015, p. 2).

O CnaR surge com o intuito de suplantar essa dificuldade, cada consultório é obrigatoriamente vinculado a um Centro de Saúde (CS) ou centro de referência em Assistência Social, sua lógica de ação diverge em aspectos da lógica utilizada por um CS visto que seu horário de funcionamento deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua. Seus profissionais atuam também no atendimento as ruas, com o intuito de criar vínculos, levando-os para atendimentos posteriores, se necessário, no Centro de Saúde, ou outras instituições como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A adesão aos CnaR e sua atuação conjunta tanto com CS, Centro de Referência Especializado para População em Situação de rua (Centro Pop), e CAPS representou para esta população um serviço que definitivamente os atenderia. No Distrito Federal atualmente, existem três equipes de consultório na Rua, uma em Brasília, vinculada ao Centro Pop da Asa Sul; outra em Taguatinga, vinculada ao Centro de Saúde nº 6, próximo ao centro da cidade em questão; e na Ceilândia vinculado ao Centro de Saúde nº 4.

Essas equipes devem ainda cumprir com uma carga horária semanal mínima de 30 horas. As equipes poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal, organizados em três modalidades. Estas modalidades que definirão os recursos financeiros a serem destinados, são elas: Modalidade I – equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) de nível médio; Modalidade II – equipe formada minimamente por

6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio; Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Para além do manual do cuidado e do CnaR. A Política Nacional enquanto influência estratégica, instigou a construção de Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua incluindo o lançamento do livro *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de rua – Centro Pop*, pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional da Assistência Social, por meio do MDS.

Este foi lançado com o intuito de organizar nacionalmente todos os Centros Pop. O livro traz em seu primeiro capítulo uma contextualização histórico social e legal sobre população de rua e sua luta com auxílio da igreja e sem apoio político, até a conquista de alguns poucos direitos acrescidos de certa visibilidade que culminaram na Política Nacional para População em Situação de Rua. Posteriormente exemplifica o papel do Centro Pop enquanto ator governamental de proteção social especial, e todas as etapas necessárias para sua implantação, recursos físicos e humanos, sua capacidade, atribuições de sua equipe e mecanismos de Monitoramento e avaliação disponíveis. Por fim um capítulo todo voltado à organização de toda oferta dos serviços disponíveis legalmente para pessoas em situação de rua e como esses são objetivados.

3.3.3 Rede Socioassistencial no DF?

A assistência social – enquanto modelo em vigor atualmente – foi instituída no Brasil em 1988 através de conquistas descritas na constituição, mas apenas pela lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 compôs disposições legislativas específicas. Fora alterada desde então, e em 2011 pela lei nº 12.435 é instituída a trabalhar sobre a organização do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Entretanto ainda que reorganizada mantém-se como de grande dificuldade o funcionamento total e eficiente deste sistema. No Distrito Federal a situação torna-se mais complexa, uma vez que possui em seu histórico a utilização exclusiva deste sistema como propaganda governamental (FREITAS, 2011).

Outro ponto necessário a destaque é a publicação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais em 2009, reimpresso em 2014, possuindo validade em todo território nacional, embasado pela Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Este divide a assistência social em básica e especial, em que, a especial divide-se entre média e alta, estabelecendo assim uma rede de atenção social dividida por níveis de atenção.

A intenção de estabelecer seus serviços em rede, não é único da assistência social, com o intuito de repensar a organização de serviços de saúde em âmbitos nacionais, nos últimos anos, foram ressaltadas ações que se ordenassem cada vez mais em redes de atenção, uma vez que agem de maneira a equilibrar a divisão e alocação territorial de serviços. As redes de atenção à saúde, por exemplo, seguem uma estrutura definida por pontos de atenção, o protagonismo deixa os níveis de atenção, mas em sentido de reestruturá-los em conjunto com as tecnologias disponíveis para com disposição de atendimento nestes pontos (MENDES, 2011).

Essa perspectiva de redes, estende-se ainda a saúde mental que possui a rede de atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

É necessário destacar também, a ação conjunta destas redes, que de maneira finalística, acaba por constituir uma única rede de atenção assistencial ao usuário, seja este em situação de rua ou não, uma vez que – mesmo sendo por vezes ineficientes – encaminha e concretiza processos de referência e contra referência em diversos serviços que contemplam ambas as redes descritas.

Atualmente no Distrito Federal, existem serviços que objetivam a proteção social e que enquanto serviços sociais incluindo a saúde, e atenção psicossocial, descrevem-se em rede. No DF suas ações enquadram-se na: Secretarias de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos (SEDESTMIDH) e na Secretaria de Estado de Saúde (SES). Todavia, quando necessário estas dividem a organização de ações e estratégias segundo as necessidades de suas pautas.

3.3.4 Serviços para População em Situação de Rua no DF

Em 2013, o Governo do Distrito Federal lançou um guia com todos os serviços disponíveis para população em situação de rua no Distrito Federal chamado *Guia de Serviços para cidadania da População em Situação de Rua*. Este contém serviços em 20 âmbitos diferentes, desde alimentação, banho, orientação jurídica, entre outros. A seguir o Quadro 1 os elenca de maneira melhor organizada, a fim de demonstrar os serviços até então disponíveis a essa população.

Quadro 1 – Serviços disponíveis para PSR segundo Guia de Serviços para cidadania da População em Situação de Rua.

Alimentar-se
Restaurantes Comunitários Distribuição de Comida por entidades da Sociedade Civil
Banhar-se
Banho no Centro Pop Banho nos Serviços de Acolhimento Institucional
Alojar-se
Serviços de Acolhimento Institucional Albergue
Assistência Social Conversa e Orientação
Centro POP Serviço especializado em Abordagem Social Creas Cras Cadastro Único e Transferência de Renda
Documentação
Na Hora Defensoria Pública Centro Pop
Trabalhar
Agencia do Trabalhador Programa + Autonomia Agencia Virtual do Trabalhador Planseq Programa artesanato Planteq Prospera Qualificopa

Quadro 1 – Serviços disponíveis para PSR segundo Guia de Serviços para cidadania da População em Situação de Rua.

Estudar
Escola de Meninos e Meninas do Parque DF Alfabetizado Centros de Educação Profissional
Emergência médica
Hospitais Regionais
Cuidar da Saúde
Centros de Saúde Consultório na Rua Unidade Mista de Saúde Posto de Saúde Unidade de Pronto Atendimento Clínica da Família Unidade Básica de Saúde
Tratamento para uso de Álcool e Outras Drogas
Adolescento - Centro de Referência, Pesquisa, Capacitação e Atenção à Saúde do adolescente e sua família CAPS AD CAPS AS
Grupos de Apoio
Narcóticos Anônimos Alcoólicos Anônimos
Cuidar da Saúde Mental
Centro de Orientação Médico Psicopedagógico - COMPP Instituto de Saúde Mental CAPS II Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)
Atividades em Grupo
Centro Pop Escola de Meninos e Meninas do Parque
Atividades Culturais
Centro Pop Bibliotecas Espaços Culturais Cinema Teatro Agenda Cultural

Quadro 1 – Serviços disponíveis para PSR segundo Guia de Serviços para cidadania da População em Situação de Rua.

Previdência Social
Agências Previdência Social (INSS) Centro Pop Defensoria Pública Centro de Referência em Direitos Humanos
Participar de Movimentos Sociais
Movimento Nacional da População de Rua Movimento Negro Movimento Feminista Movimento LGBT
Orientação Jurídica
Defensoria Pública Centro de Referência em Direitos Humanos
Denunciar Violência e preconceito
Defensoria Pública Conselho Distrital de PROMOÇÃO E Defesa de Direitos Humanos Centro de Referência em Direitos Humanos Disque Direitos Humanos da Mulher Disque Direitos Humanos - SDH/PR
Proteger Crianças e Adolescentes
Disque Direitos Humanos - SDH/PR Conselhos Tutelares
Segurança Pública
Emergência 190 Disque denúncia Ouvidoria Esporte a Meia Noite Picasso não Pichava Delegacias

Fonte: Brasília, 2013. Adaptado pelo autor.

Nesses serviços é notável a presença de instituições que trabalham além da SEDESTMIDH ou SES. Dentre estas, é perceptível ainda a presença de Organizações não Governamentais (ONG), como os grupos de apoio de Narcóticos e Alcoólicos anônimos. Outro ponto importante é o apoio a participação de movimentos sociais, aos quais o guia cita: Movimento Negro, Movimento Feminista, Movimento LGBT; e Movimento Nacional da População de Rua.

Todavia é necessário ressaltar que esta é uma lista de serviços disponibilizadas em 2013 e, portanto, ainda que minimamente, encontra-se defasada. Para além disso não é de intuito deste trabalho enumerar amplamente todos os serviços em todos os âmbitos assistenciais existentes, uma vez que estes compreendem, serviços que por vezes não são voltados apenas ao público que compreende situação vulnerável no DF.

A fim de elucidar o que é então entendido por rede socioassistencial à população de rua no Distrito Federal. Serão aqui incluídos serviços coordenados pela SEDESTMIDH e pela SES, pois compreendem em sua maioria os serviços buscados por esta população. Assim serão tidos como componentes desta rede:

- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):

Oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, destinando-se a famílias em situação de vulnerabilidade, com objetivo de fortalecer os vínculos familiares e comunitários e prevenir as situações de risco. O CRAS também é responsável pela gestão territorial da rede socioassistencial de proteção social básica” (SEDEST, p. 08, 2015).

- Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS):

Oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI que se destina à famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, como por exemplo trabalho infantil, negligência, abandono, violências, abuso e exploração sexual, entre outros, de modo a restabelecer a convivência familiar e comunitária, ou construir novas referências, quando for o caso (SEDEST, p. 22, 2015).

- Centro de Orientação Socioeducativa (COSE):

Oferta o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, para crianças a partir de 6 anos, adolescentes, jovens, adultos e idosos, por meio de oficinas com objetivo de proteção social na perspectiva da promoção da convivência geracional e intergeracional, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, de forma complementar ao PAIF/CRAS (SEDEST, p. 18, 2015).

- Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro Pop):

Oferta o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua possibilitando o acesso dessas pessoas a serviços e benefícios da assistência social e demais políticas públicas, além de possibilitar o acesso a necessidades básicas do ser humano, como banheiro, lavanderia, alimentação, guarda de pertences, e o acesso a cursos profissionalizantes (SEDEST, p. 27, 2015).

- Unidades de Acolhimento para Adultos e Famílias, Mulheres e Idosos (UNAF/UNAM/UNAI):

Executam o Serviço de Acolhimento Institucional destinado a mulheres, adultos, idosos ou famílias com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, com o objetivo de contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência, ruptura de vínculos, bem como para restabelecer vínculos e convívio familiares e/ou sociais (SEDEST, p. 33, 2015).

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): O CAPS é regulamentado funcionalmente pela Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, dessa forma, é tido como ponto de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes. Estes podem ser definidos por ordem crescente de porte/complexidade: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e outras drogas), e CAPSi (Infanto-juvenil) (BRASIL, 2002).
- Adolescento: Busca o trabalho em rede com outros serviços de diversos níveis de atenção da Secretaria de Saúde, bem como o estabelecimento de parcerias com equipamentos sociais de outras secretarias da administração do Distrito Federal. O serviço presta atendimento individual e em grupo a adolescentes de 10 a 18 anos de idade, nas modalidades: Programa Biopsicossocial, Programa de Atenção a Adolescentes com Vivência de Violência Sexual (AVV), entre outros (BRÁLIA, 2016).
- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço (BRASIL, p. 01, 2017).

- Consultório na Rua: conjunto de equipes atreladas a um Centro Pop, Centro de Saúde, ou Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de facilitar o acesso da população em situação de rua a serviços de saúde com enfoque na atenção básica. Podem participar destas equipes os seguintes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional,

médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, e técnico em saúde bucal, organizados em três modalidades (BRASIL, 2011).

Para além destes serviços ficam ainda incluídos as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Mista de Saúde (Policlínica), e Hospitais Regionais em geral. O questionamento de todos os serviços é desde já declarado inviável, constituindo assim especificidades para sua utilização na metodologia que segue.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

O objetivo central deste trabalho é o levantamento da percepção da população de rua idosa, ou seja, a concretização da opinião que essa população de rua possui sobre a rede socioassistencial. Para além disso, podem estar implícitas compreensões tangenciais à política ou políticas que apoiem ou beneficiem-se desta rede, mas ainda assim as informações para discutir tais ímpetos seriam compelidas pelo próprio público alvo.

Dessa forma, viu-se a necessidade de utilizar uma abordagem que possibilitasse evidenciar a significância que as experiências da população de rua concretizavam no dia-a-dia na rua, e a maneira com que essas eram interpretadas pelo serviço segundo seu olhar. Essa quantidade de subjetivações não compreende totalmente o contexto de variáveis a serem interpretadas enquanto dados levantados na pesquisa, mas acabam por determinar a abordagem qualitativa como a melhor para realização da pesquisa, pois

Na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem dos atores sociais e suas práticas as matérias-primas dessa abordagem. E o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa. (TEIXEIRA, 2006, p. 140).

Dessa forma, pode-se evidenciar socialmente as significações levantadas e mesmo as preteridas pelos atores estudados segundo o objetivo do trabalho.

4.2 MÉTODO DE PESQUISA

O método escolhido para concretização desta pesquisa foi a entrevista. A priori pelas possibilidades abertas, uma vez que esta é uma pesquisa qualitativa. Como forma de coleta de dados “a entrevista é um processo comunicativo pelo qual um

investigador extrai alguma informação de alguém” (ALONSO, 2003, p. 225, tradução nossa).

Segundo Poupart (2010) a entrevista constitui uma porta de acesso à realidade social do indivíduo, estabelece claramente a interpretação ou perspectiva que o ator dá a uma situação, ou compreende-se como a própria experiência de algum evento vivido pelo ator. O acesso a estas experiências, ou perspectivas é o que pode ser chamado de trunfo da entrevista.

Todavia, dentro da investigação social a entrevista torna-se uma técnica de maior eficiência não explorando em demasia um único lugar fático da realidade social. Mas sim como uma técnica de entrada a um espaço comunicativo do que pode ser considerado toda a realidade social que o entrevistado está disposto a abrir para o investigador, em que, “a palavra é o vetor veiculante principal de uma experiência personalizada, biográfica e intransferível”. (ALONSO, 2003, p. 228, tradução nossa).

Por diversos contextos expostos na literatura, considera-se que a entrevista possui um histórico não muito recente enquanto utilização dentro das ciências sociais. Em alguns momentos do século XX como traz Poupart (2010) parte dos estudiosos da época não a considerava um método que possibilitava ao entrevistador perceber do entrevistado a realidade tal qual é. Em que “o fato de que os atores sejam diretamente implicados nessas realidades não é, em si, uma garantia da exatidão de suas interpretações” (IDEM, 2010, p. 219).

Todavia, é certo afirmar que atualmente

A entrevista é a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretações pelos próprios entrevistadores. (RIBEIRO, 2008, p. 141).

Dessa forma, a entrevista é um método cujo valor para levantar informações em investigações sociais se torna evidente, sendo considerada “o instrumento por excelência da investigação social” (MARCONI; LACATOS, 2005, p. 196).

Cavalcante et al (2014), afirmam que um dos pontos fortes da entrevista é que esta permite ao entrevistado discorrer sobre o assunto mais livremente, e aprofundar-

se à medida que a discussão apresentada necessita. Dentro da entrevista essa dinâmica de discussão cede ao ator entrevistado o privilégio de eleger um discurso que será interpretado pelo pesquisador como a visão de mundo que o ator social possui, através deste discurso o ator se apresentará e apresentará sua realidade, levando em consideração todas as subjetividades possíveis dentro do tema proposto (TEIXEIRA, 2006).

Evidencia-se que esse é além de um método que permite entender o grupo e pessoa estudados, não apenas apresentando suas vivências, mas entendendo sobre a perspectiva do próprio indivíduo ou grupo. Não é um método perfeito, mas apresenta maneiras de seus objetivos se concretizarem dentro desta abordagem.

Gil (2008) em seu trabalho, dá suporte aos demais atores acima citados, mas vai além da simples conceituação e cita algumas vantagens e desvantagens da entrevista, ressaltando como sua característica mais forte, a flexibilidade. Segundo o autor, essa característica é interpretada como uma vantagem que se sobressai mesmo às desvantagens metodológicas apresentadas pois, permite ao entrevistador contornar estas desvantagens, e demais problemas que podem surgir. Além de enquadrar a cada grupo ou indivíduo a melhor maneira de realizar a entrevista.

Ao trabalhar população de rua, esta talvez seja a característica mais interessante a se explorar dentro de uma metodologia de pesquisa sob o caráter qualitativo. Essa é uma população que vive da e na rua em situações, condicionadas a diversas subjetividades no que diz respeito às suas vivências e experiências cotidianas.

A literatura encontrada evidencia que estudos semelhantes com este também utilizaram de entrevista, mas não necessariamente tinham o foco de realçar a voz da população de rua sobre os serviços, como Dutra (2011) que dá enfoque maior aos servidores, entendendo os processos de trabalho relacionados a esse serviço e cede apenas poucos parágrafos para os relatos de representantes da rua sem estabelecer vínculo direto sobre as ações do serviço, relacionando apenas a atitude dos servidores para com a população. Ou ainda como Esteves (2014) que realiza entrevistas apenas com os Assistentes sociais do serviço.

A falta de maior enfoque à entrevista com a população de rua não desqualifica os estudos citados, apenas evidenciam um certo cuidado que teve de ser levado em consideração no momento de preparação da entrevista para o trabalho em questão, uma vez que estas têm o enfoque maior voltado a população de rua, sem levar em consideração exclusivamente suas representações oficiais.

Assim levou-se também em consideração a existência de trabalhos que compreendessem o objetivo do presente estudo e discorressem sobre o assunto. Malfitano e Marques (2011) ao fazê-lo utilizaram desta perspectiva em consonância à entrevista semidiretiva, pois para as autoras era a resposta mais clara ao buscar um método que permitisse ao ator ceder sua perspectiva do discurso. Os resultados foram dois discursos diferentes: um já conhecido por aqueles que comumente trabalham com população de rua, que as autoras nomearam de “discurso inicial das pessoas na rua” (idem, 2011, p. 290); e outro que até então era desconhecido pelo serviço que atende essa população e que, segundo as autoras, deveria sê-lo conhecido sob caráter emergencial.

A entrevista, por fim, pode ainda ser utilizada sobre algumas diversificações e estas variam de autores, será utilizada aqui a conceituação dada por Gil (2008) que as divide por níveis de estruturação, seriam: Entrevista informal, muito próxima de uma conversa informal, mas ainda possui como objetivo a coleta de dados; Entrevista focalizada, é ainda bastante livre, mas possui em seu objetivo um tema como foco, cabe ao entrevistador manter a entrevista sobre esse foco respeitando a liberdade de fala do entrevistado; Entrevista por pautas, é mais estruturada que as anteriores, já que é dividida por pontos, ou pautas, mas em cada pauta o entrevistado também pode divagar livremente até que se passe a outra pauta; Entrevista estruturada: como o próprio nome diz, é a mais estruturada das citadas, mais utilizada como questionário, sendo mais propícia à pesquisa sob o tratamento quantitativo dos dados.

4.3 AMOSTRAGEM POPULACIONAL

O levantamento de participantes em número satisfatório, no que diz respeito à realização de pesquisas válidas, sugere a definição de uma amostragem, quando essa não é censitária. Esta amostragem por sua vez compreende-se como uma amostra, uma parte do universo populacional total que consegue representá-lo. Para tal são eleitos requisitos rigorosos a fim de que a amostra tenha um representante de cada comunidade pertencente a esse universo populacional total (MARCONI E LAKATOS, 2005).

Neste trabalho o público alvo é a própria população de rua, entretanto os recortes necessários para delimitar que parte dessa população compreenderá o escopo da pesquisa, requerem um pouco mais de aprofundamento. Não foi considerada possível a realização de uma abordagem probabilística, devido a sua constante migração espacial isso impossibilita o levantamento de uma amostra representativa do ponto de vista estatístico a ser sempre aceitável, pois nem sempre o número de pessoas na rua no espaço delimitado à pesquisa é o mesmo (SOUZA, 2012).

Outro ponto a ser levado em consideração, é a própria caracterização da população de rua, como

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Brasil, 2009, p. 01)

É necessário evidenciar a igualdade e ao mesmo tempo a diferença que coexistem na própria caracterização da rua. Entende-se como população de rua, todos os que vivenciam as situações a cima ou alguma destas, de maneira que esta primeira caracterização se traduz como uma situação inicial, o 'estar na rua', o 'desvincular-se', ou mesmo o 'viver da rua'. Todavia, essa situação inicial que já se caracteriza por diversas possibilidades de vivência, pode categorizar-se por diversos

outros enlaces. Girola (1998) traduz essas situações como zonas de invisibilidades divididas por profundidades a serem escavadas, Escorel (1999) compreende estas diferenças por fases de pertencimentos do próprio eu, à medida que o estar na rua torna-se seu próprio eu. “Ou seja, não existe uma condição ou existência de rua, também por não haver somente um tipo de rua, em seu sentido social e simbólico” (JABUR, et al. 2015, p 191. Grifo nosso).

Nesse sentido, não há como eleger tipificações sobre características sociais ou simbólicas para o escopo desta pesquisa, pois estabelecem-se sobre multiplicidades que vão além das caracterizações que normalmente estratificam comunidades. São assim necessários critérios próprios, que, as suas maneiras, interajam com a multiplicidade destes significados da rua. Ou que se justifiquem dentro da pesquisa social com essa população.

Assim, foram incluídos homens e mulheres, acima dos 50 anos. A faixa etária contemplada na pesquisa, representava no último censo nacional sobre população de rua, a que mais possuía auxílio governamental. As representações percentuais de pessoas que não recebiam auxílio nesta faixa etária eram de 73,6%, para que se possa compreender o que isso representa, na faixa etária de 18 a 24 anos 92,6% não recebiam auxílio governamental.

Essa é uma faixa etária pouco estudada, portanto poucos foram os estudos voltados à população idosa na rua encontrados, e estes a partir de 2010. Silva e Gutierrez (2013) ao tentarem entender as dimensões de qualidade da população de rua idosa evidenciam na cidade São Paulo, uma rede de assistência social bastante construtiva no que diz respeito à qualidade do serviço à população idosa, mas que ainda possui lacunas quanto às políticas públicas que defendam e garantam essa assistência.

Assim, esses critérios foram escolhidos no intuito de ampliar as opiniões contidas no estudo abrangendo ambos os gêneros, focando naqueles que possuem maior probabilidade de realmente terem tido contato com algum dos serviços, sendo por vezes aqueles que mais necessitam destes, e ao mesmo tempo constitui um dos recortes menos estudados. Contudo, isso não garante que serão realizadas um número abrangente de entrevistas, estão programadas 2 entrevistas por área descrita no estudo.

Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositalmente não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA et al, 2008, p. 20).

É mais intrigante aos resultados da pesquisa, que sejam compelidas entrevistas amplas e descritivas em todos os aspectos esperados dentro das pautas montados, do que números excessivos de relatos monossilábicos para contagens percentuais. Grande autores, como Minayo (2012), Teixeira (2006), Bauer e Gaskell (2003), quando concebem em seus trabalhos a idealização de projetos de pesquisa sob a abordagem qualitativa, compõe que o método deve estar de acordo com demais aspectos como objetivos, hipóteses, encontrando assim o melhor método para concretizar a pesquisa.

Essa escolha tem como objetivo construir o trabalho para que este seja válido, não apenas internamente dentro da sincronia entre os métodos escolhido, mas externamente. Para isso é muitas vezes compelida a ideia de validade externa à representatividade que o trabalho possui dentro da população pesquisado. Para alguns autores esta representatividade está presente apenas dentro da pesquisa de amostragem probabilística, entretanto, essa é uma visão que

Não valoriza o fato de que, quando se trata de questões psicossociais do ser humano, o desempenho de um atributo, mesmo que de maneira superdimensionada por indivíduos típicos quanto a determinado parâmetro em investigação (e, talvez por isso mesmo, especiais candidatos a serem selecionados), revele funções ou características representativas daquele mesmo contexto (FONTANELLA, 2008, p. 18).

Percebe-se assim que a representatividade dentro de um trabalho não se resume apenas a quantidade mínima aceitável ou mesmo, de quantitativo representativamente estatístico, mas podem ser concebidos enquanto levantamento de informações que estabeleçam características que representem a situação contextualizada e não os indivíduos em si. Portanto, mesmo que uma entrevista seja realizada em cada localidade, se esta for consistente em seu objetivo e levantar as experiências requeridas no trabalho, esta pode vir a ser representativa dentro dos parâmetros apresentados.

4.4 DEFINIÇÕES GEOGRÁFICAS

Da mesma maneira que foi definido o público alvo, fora necessário compor recortes a fim de definir também o local em que a pesquisa seria realizada. O primeiro recorte é a própria rua, uma vez que, em suma maioria, é este o local em que essa população se encontra e o local em que se pode chegar a eles com maior liberdade. Devido a inviabilização do trabalho no que diz respeito a tempo e quantidade de pesquisadores envolvidos o segundo recorte tangencia o número de Regiões Administrativas (RAs) a serem contempladas, uma vez que o Distrito Federal possui trinta e uma (31), número inviável para o porte da pesquisa.

Dessa forma fora utilizado como critério para realizar um segundo recorte: a existência de Centros Pop, já que estes representam a maior referência no que diz respeito a assistência social à população de rua. Atualmente há Centro Pop na cidade de Brasília e na RA de Taguatinga. Todavia levando em consideração que o Centro pop de Taguatinga por localizar-se em um ponto de intercessão entre Taguatinga e a RA de Ceilândia, atende público de ambas as cidades, definiu-se como recorte geográfico as RAs de Brasília, Taguatinga e Ceilândia.

4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foi utilizado como instrumento para levantamento de dados a entrevista por pautas, uma vez que esta permite dividir a entrevista por pontos chave, facilitando a construção do discurso do ator entrevistado e ao mesmo tempo mantém a liberdade do mesmo em falar abertamente (GIL, 2008). Podem ser citados ainda como instrumentos utilizados: gravadores Sony, sujeitos a não utilização a partir do que o entrevistado definia, ou mesmo se o entrevistador percebesse incômodo por este; e um caderno de campo, este poderia vir a ser utilizado para anotar percepções geográficas no que diz respeito ao quantitativo da população de rua em certas localidades, anotações durante a entrevista, ou posteriores a depender do decorrer da mesma.

4.6 PROCEDIMENTOS

Como construção dos procedimentos de pesquisa, outros pontos além do método escolhido, devem ser levados em consideração, como ‘o que’, em específico se busca dentro da perspectiva da população idosa a respeito do serviço, como por exemplo, que aspectos desta perspectiva estarão sendo requeridos durante a entrevista, ou mesmo como serão requeridos. Era necessário que fossem construídos procedimentos que permitissem ao entrevistador chegar a um discurso diferente do “discurso inicial da população de rua” trazido por Malfitano e Marques (2011).

Primeiro era necessário encontrar um método de levantamento de dados eficiente para a abordagem do trabalho, o que fora esclarecido na escolha dos instrumentos com a definição da entrevista por pautas. Outro ponto a ser levado em consideração era a construção destas pautas segundo conceitos que se fizessem passíveis à análise, e ainda assim permitissem a construção de pontos passíveis a compreensão dos entrevistados.

Dessa forma, levou-se em consideração o conceito de qualidade em saúde. Este desenvolve-se em perspectivas mais simples permitindo compô-las de maneira subjetivas ou objetivas, pressupondo não apenas avaliações. Historicamente foram desenvolvidas duas vertentes ou abordagens para a qualidade em saúde, Donabedian (1966, 1988, 1990 apud Frias, 2010), as divide entre Modelo Sistêmico e os sete pilares da qualidade.

O modelo dos pilares da qualidade era o mais propício, pois elenca princípios que podem ser usados não apenas à saúde, mas a todos os serviços da assistência social, já que em ambas as áreas os conceitos utilizados para definir a qualidade não sofrem alterações. Donabedian foi o primeiro a propô-lo, mas não o único, autores como Vuori (1991), Silver (1992), Silvia (1994), e Formigli (1994) o utilizaram com pequenas alterações. Dessa forma, Frias, et al (2010) apresenta como principais atributos de qualidade:

Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isso é ele pode funcionar?

Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?

Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar com os recursos empregados?

Equidade: distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde.

Acesso: remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelo serviço de saúde.

Adequação/coertura: suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.

Aceitação: fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares.

Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo dos serviços ofertados

Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.

Qualidade técnico-científica: aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível (FRIAS, 2010, p.50-51).

Uma vez compreendidos estes como princípios a serem levantados dentro dos discursos dos entrevistados pôde-se compor a entrevista segundo um roteiro de 4 pautas principais que se submete a diversas discussões. A quatro pautas são: Conhecimentos sobre a rede e serviços, Acesso aos serviços, Atendimento na rede e no serviço, Pós atendimento. Para melhor exemplificar como estas compreendem os questionamentos a serem levantados, compusemos uma tabela que apresenta algumas perguntas que foram levantadas em cada pauta.

Quadro 2 – Divisão de questionamentos e pautas base para realização de entrevista por pautas no decorrer do trabalho.

<u>Conhecimentos sobre a rede e serviços</u>	Conhece algum serviço?
	Já ouviu falar de algum serviço?
	Conhece alguém que foi a algum serviço?
	Como descobriu sobre estes serviços?
	Já ouviu falar de outros como...?

Quadro 2 – Divisão de questionamentos e pautas base para realização de entrevista por pautas no decorrer do trabalho.

<u>Acesso aos serviços</u>	Foi fácil de encontrar? De chegar? Como chegou? Descrever
	Foi fácil entrar no local do serviço?
	Havia muitas pessoas esperando atendimento?
	O serviço veio até você?
	Te encaminharam? Para onde?
	Quais as maiores facilidades e dificuldade do acesso?
<u>Atendimento no serviço</u>	Conseguiu ser atendido? Bem ou Mal atendido?
	Foi preterido?
	Demorou para ser atendido? Demorou o atendimento?
	O Atendimento Supriu as necessidades? Conseguiu o que foi em busca?
	Quais os pontos positivos do atendimento? O que precisa ser melhorado?
<u>Pós atendimento</u>	Teve que voltar ao serviço? Voltou? Por que não?
	Como foi a volta?
	Concluiu o acompanhamento?
	Voltou ou voltaria ao serviço sem a necessidade de acompanhamento
	Quais as maiores dificuldades? Facilidades?

Fonte: Elaborado pelo Autor

É necessário deixar claro que estas perguntas não foram todas utilizadas, e as que foram, não seguiram este padrão ou ordem, são apenas exemplos de quais questionamentos se enquadram em cada pauta.

Quanto a realização das entrevistas, é importante ressaltar o cuidado tomado no primeiro contato com o entrevistado. Como um público marginal à sociedade, provável que poucos pertencentes a essa população tenham boas referências de

abordagens anteriores, portanto, fora preciso cautela, e um certo maneirismo no que diz respeito a aproximação inicial.

A construção do contexto do encontro com essas pessoas se faz de maneira gradual, pois, não tendo limitações do espaço privado na rua, o universo de possibilidades que rege esse encontro é demasiado amplo. Além disso, as pessoas em situação de rua são frequentemente abordadas por uma grande quantidade de interventores, profissionais ou voluntários, assim como por outros circulantes e moradores de rua. Aquele que chega pode vir incomodar, apoiar, agredir, ajudar, constranger, e um encontro pode representar todas essas possibilidades simultaneamente (MALFITANO E MARQUES, p. 291. 2011).

Este trabalho visa a aplicação de tais entrevistas sem o intermédio de instituições terceiras, o que realça ainda mais a importância da construção contínua de um vínculo com o entrevistado, além do cuidado ao cumprimentá-lo pela primeira vez, já que não há a dita passagem de confiança através de instituições, sendo necessário conquistar tamanha confiança. Esta escolha foi tomada, para que não houvessem vieses nas respostas devido a participação dos serviços, cujas perguntas dizem respeito.

A princípio o entrevistador apresentava-se como tal, este era um passo importante pois, havia a necessidade que fosse construída uma diferença entre o entrevistador e representações como religiosas, policiais, ou mesmo trabalhadores do serviço. Depois de esclarecida essa diferença, iniciava-se uma conversa sobre as possíveis experiências que o ator poderia ter sobre os serviços. É imperativo ressaltar que durante essa conversa inicial, a pauta descrita anteriormente não era necessariamente seguida, uma vez que a motivação maior desta era a conquista da confiança do entrevistado. Outro ponto a ser ressaltado fora a necessidade de levantar a certeza de que seu anonimato estaria garantido no caso de algum serviço ter acesso a tais opiniões.

Caso a confiança do entrevistado não fosse garantida havia o perigo de cair em um discurso fatídico e clichê a respeito dos serviços, não condizente com a verdade, o que não era a intenção da pesquisa. Nos encontros seguintes – quantos fossem necessários – a pauta era utilizada para guiar o discurso do entrevistado, mas como já dito, este tinha liberdade para discorrer dentro do assunto segundo sua vontade.

Apenas após a partir do segundo encontro o entrevistado era apresentado ao gravador, já que sua possível aceitação poderia ser maior do que no primeiro encontro.

As anotações no caderno de campo eram realizadas para salvar um recorte sobre o comportamento do entrevistado durante a entrevista, este tinha dois objetivos, o primeiro perceber temas ou perguntas que deixassem os entrevistados sob possível desconforto ou nervosismo afim de que este fosse minimizado em possíveis entrevistas posteriores; o segundo é a possibilidade de transformar estas anotações em possíveis índices no que diz respeito ao tratamento dos dados, ainda a ser trabalhado no próximo sub capítulo.

Há de se destacar ainda que os serviços questionados enquanto rede socioassistencial compreendem os serviços já descritos no capítulo específico do referencial teórico, seriam estes: CRAS, CREAS, COSE, Centro Pop, UNAF, UNAM, UNAI, CAPS, Adolescentro, CTA, Consultório na Rua, UPA, UBS, Policlínica, e Hospitais regionais. Há de se ressaltar também que estes estão sujeitos a inclusão durante o decorrer do trabalho, segundo indicação das primeiras entrevistas realizadas, e que serviços que vão além destes citados pelos entrevistados, não foram aceitos para participar dos resultados.

4.7 ANÁLISE DE CONTEÚDO

O método escolhido para tratar dos dados levantados na pesquisa consiste no próprio nome deste subcapítulo, 'Análise de Conteúdo' (AC). Este caracteriza-se como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações" (BARDIN, 1977, p. 31).

O cerne da AC é a busca por significados pressupostos dentro da mensagem. É uma maneira de inferir dos dados levantados aquilo que corresponde ou contrapõe a hipótese motivacional para seu levantamento. Todavia sua utilização sob tamanho aspecto deve ser feita com cautela, uma vez que sua utilização sem o devido rigor empobrece a qualidade do mesmo (OLIVEIRA, 2008; CAVALCANTE et al. 2014).

Embora seja um método dado como simples, há certa organização sistêmica por traz de sua aplicação, Bardin (1977) apresenta sua organização em 3 polos cronológicos, seriam estes a:

- 1- Pre-análise: em que é feito o levantamento e preparação do material, segundo Bardin (1977) é determinada ainda por sub etapas, estas seriam:
 - A) Leitura flutuante, resume-se a uma leitura superficial sobre todos os textos disponíveis para o trabalho;
 - B) A escolha dos documentos, resume-se na escolha dos textos ou dados que podem ou devem ser utilizados no estudo, para tal o autor cita algumas regras para auxiliar a seletividade destes seriam:
 - Regra da exaustividade;
 - Regra da representatividade;
 - Regra da homogeneidade;
 - Regra da pertinência;
 - C) Formulação de hipóteses e dos objetivos, resume-se ao levantamento de pontos objetivos a serem obtidos dos dados, e as hipóteses são crenças ou afirmações a serem validadas ou desmentidas pelos dados, todavia, o levantamento de hipóteses não é obrigatório, há como realizar o tratamento às cegas, sem ideias anteriores a comparar;
 - D) Referenciação de índices, resume-se à composição de Quadros que indicam algo, por exemplo a repetição de monossílabas ou gaguejar em certas perguntas podem ser índices de nervosismo, este é claro devem ser validados no passar da análise.
 - E) Preparação do Material, resume-se à organização dos dados para seguir a sistematização preparada por esta etapa e seguimento para as próximas, como por exemplo, recorde de textos, transcrição de áudios gravados para delineamento da análise, entre outros.
- 2- Exploração do Material, o trabalho nesta etapa é apenas a concretização do que fora iniciado na etapa anterior. Consiste no enquadramento de todo o texto até então separado junto a sistematização criada na primeira etapa.
- 3- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, em que são retirados os resultados das sistematizações realizadas anteriormente, e por fim

interpretado, nesse processo são finalizadas as categorizações facilitando assim a inferência dos dados.

A compreensão de todos estes passos é resumida por Campos (2004) e elucidados com maior clareza por Cavalcante, et al (2014) e Silva (2015). Foi assim possível aproximar a metodologia de análise para o estudo em questão e dividir sua análise segundo os passos trazidos por Bardin (1977).

A princípio as entrevistas realizadas por meio de gravador foram transcritas, após a transcrição estas foram lidas e recortadas segundo a regra da pertinência, ou seja, todas as entrevistas em que não foi possível levantar qualquer opinião, percepção ou conhecimento sobre a rede socioassistencial do Distrito Federal foram excluídas, pois não compreendiam o objetivo do estudo, após o recorte ficaram definidas como divisões a serem enquadradas as cidades em que foram realizadas as entrevistas e o sexo dos entrevistados, para realizar a inferência de maneira mais aberta possível não foram levantadas hipóteses anteriores.

Depois da preparação do material, este foi enquadrado nas divisões preparadas (cidades e sexo), e foram compostas categorias primárias em cima das entrevistas ainda as dividindo por cidades e sexo, estas categorias mais básicas seriam, a grosso modo, as respostas diretas dos exemplos de questionamentos trazidos no subcapítulo anterior. Após esta categorização básica, as divisões básicas foram re-categorizadas dessa vez sob aspectos mais amplos, compreendendo, assim, a possibilidade de inferências a necessidade da pesquisa.

Quadro 3 – Categorização do tratamento de dados por Análise de Conteúdo para inferência de resultados:

<u>Categoria I</u>	<u>Categoria II</u>
Já ouviu falar de algum serviço	Percepção da rede
Conhece algum serviço	
Já acessou algum serviço ou mais	
Conhece a rede de serviços	

Quadro 3 – Categorização do tratamento de dados por Análise de Conteúdo para inferência de resultados:

<u>Categoria I</u>	<u>Categoria II</u>
Foi a pé aos serviços	Acesso à rede
Foi por meio de transporte público	
O serviço veio até ele	
Foi encaminhado e levado de um serviço a outro	
Conseguiu atendimento, mas teve que voltar outras vezes para tal	Utilização do serviço
Foi maltratado pelos usuários e pelo serviço	
Foi maltratado pelos usuários	
Foi bem tratado por todos	
Conseguiu atendimento, mas não conseguiu o que buscava	Qualidade Pontual do serviço
Conseguiu o que buscava do serviço	
Atendimento necessitava de continuidade e o usuário não voltou	
Não voltou ao serviço por que não tinha como voltar	
O serviço não voltou para continuar atendimento	

Fonte: Elaborado pelo autor

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho faz parte do projeto “Situações de rua: histórias de vida, vínculos e sociabilidade” de responsabilidade de Pedro de Andrade Calil Jabur, professor adjunto da Universidade de Brasília. Para realizá-lo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob protocolo, em 10/07/2013, sob protocolo nº 330.731. Estando ainda em acordo com as resoluções nº 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que tratam dos aspectos éticos da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com quatro pessoas divididas entre Taguatinga e Brasília, no período entre março e maio, com idades entre 51 e 70 anos. Como visto no capítulo anterior, o processo de entrevistas foi mediado, além do gravador, pelo caderno de campo, cujas anotações foram um dos pontos principais a fim de conceber indicadores para composição das categorias vistas na análise de conteúdo segundo Bardin (1977), descrita no capítulo anterior e utilizada neste trabalho.

Para compor os resultados, apresentar-se-ão os entrevistados, descrevendo pedaços de entrevistas a fim de que o leitor entenda mesmo que superficialmente onde estes se encontram geograficamente no Distrito Federal, um pouco de sua história, sua sobrevivência, e, enfim suas vivências na rua. Após essa breve apresentação, serão descritas as composições das categorias iniciais e intermediárias, como já demonstrado no capítulo anterior, especificando um pouco mais seus encaixes na definição secundário para então seguir à discussão no capítulo vindouro.

Antes de apresentar os resultados deve-se fazer uma ressalva quanto às entrevistas utilizadas, e as que infelizmente não puderam fazer parte dessa pesquisa. Foram convidados ao total 12 pessoas para participar da pesquisa, destes: quatro pessoas representam as entrevistas aqui utilizadas já brevemente descritas acima e que posteriormente serão melhor caracterizadas. Três pessoas – dois homens e uma mulher – negaram interesse a ceder entrevista e, portanto, não puderam ser entrevistados, dois em Ceilândia, um em Taguatinga. Cinco pessoas – quatro homens e uma mulher – cederam entrevista, todavia esta não se enquadrava para utilização na pesquisa, um dos homens era nômade – segundo auto declaração – o que impediu encontrá-lo para segunda entrevista; três dos homens só foram encontrados embriagados, o que dificultava mesmo o entendimento do que diziam, impossibilitando assim utilizar suas entrevistas em totalidade, e a mulher entrevistada se negou a ceder uma segunda entrevista, o pesquisador chegou a encontrá-la e a conversar com a mesma, entretanto ela disse não estar disposta a ceder outras entrevistas, não justificando sua decisão, esta que foi respeitada.

6.1 ENTREVISTADOS

Pernambuco 70 anos, Asa Sul

Pernambuco tem 70 anos. O encontrei por acaso na 106 sul relativamente próximo à saída do metrô, ele estava jogando fora alguns papéis. Tomei proximidade, apresentei-me e ele também o fez. Questionei se podia ‘trocar uma ideia’ por alguns minutos, ele não se opôs, e logo começamos a falar.

Logo de início fez questão de ressaltar a leitura e a importância que possui em sua vida mostrando alguns livros que tinha em mãos.

“Com esse livro aqui, eu refiz a minha ideia da vida, ele nos ensina a repensar tudo que nos cerca a e ver como as coisas realmente são e o que não são”.

O livro em questão descrevia uma religião indiana e falava basicamente sobre o Hare Krishna e as escrituras védicas, explicando suas vertentes. Dois aspectos que logo me chamaram atenção no Pernambuco foram a maneira como ele falava bem – de fato tinha ‘jeito com as palavras’ – e seu verdadeiro interesse e entendimento sobre o Hare Krishna.

Pernambuco – como gosta de ser chamado – gastou uns bons 20 minutos apenas falando sobre sua religião e sua posição. Não o interrompi para que ele percebesse que de fato o que ele tinha para falar também me interessava, e também para demonstrar que minha vontade, ou intenção, naquele momento não era a de sobrepor seu discurso, ou de trazer e apresentar outra religião.

Conversamos sobre ele, sua vida, sua história.

“Eu nasci no interior de Pernambuco, mas já vivi em muito lugar, já morei em Minas Gerais, São Paulo, aqui em Brasília, já passei muito tempo em muito canto... Maranhão, e por aí vai”.

Ele conta que ao sair de sua cidade natal para São Paulo atrás de trabalho foi bem-sucedido trabalhando em grandes empresas e de lá foi para Minas Gerais, onde teria tudo dado errado. Foi em Minas Gerais que se casou, mas teria sido onde ele mais fez coisa errada, por conta disso o casamento não aguentou muito tempo.

“A separação foi um baque muito doido cara, fiquei violento, quase fui preso... aí tive que vim pra Brasília... lembro que no dia, a polícia chegou, me levaram pra DP, mas com ajuda do pessoal conseguir me liberar... aí fugi pra Brasília, não tinha ninguém aqui, não podia falar com ninguém de lá, pra não ser preso de novo”.

Ao questionar o que aconteceu no dia, ou o que ele havia feito, ele desconversou e começou a falar da vida na rua, sobre seus vícios.

“Cara, a vida na rua é difícil, mas depois de um tempo é tranquila, eu por exemplo, desde que eu tenha minha cervejinha e meu cigarro, fico numa boa. Eu gosto muito de fumar um cigarrinho, até maconha, mas uma cervejinha, não tem igual... só a leitura”.

William, 55 anos, Taguatinga Norte

Para encontrar William andei do centro de Taguatinga até onde fica localizado o Centro Pop da cidade, iniciando o trajeto pela Avenida Comercial Norte. Por não encontrar ninguém em situação de rua até metade do caminho desci e mantive a rota pela avenida Samdu Norte. Quando estava próximo do Centro pop avistei William mexendo em alguns contêineres de lixo, me apresentei e ele fez o mesmo. Desculpei-me por atrapalhá-lo e perguntei se não poderíamos conversar um pouco, ele de imediato topou, mas questionou sobre o que conversaríamos. Disse-lhe que gostaria de saber como era sua vida, ele sorriu e nos sentamos para conversar.

Apesar de ter sorrido, percebi que poucos seriam os motivos que justificariam tal sorriso, visto o que estava a me contar. Pedi novamente que ‘falasse de sua vida’, ‘de onde era’, ele disse que vivia no interior do Maranhão, e que veio a Brasília com 40 anos a procura de emprego, segundo ele isso fazia cerca de 4 anos.

“[...] eu vim como todo mundo, procurando emprego... aí cheguei aqui, quebrei a perna e fiquei inválido, não conhecia ninguém, não tinha pra onde ir, vim pra rua”

Na rua passou por uma série de enfermidades como pneumonia, e por isso acabou ficando internado por cerca de 6 meses. Durante esse período ele conta que também passou por acompanhamento psicológico.

“[...] aí fiquei internado esse tempo acabei tendo depressão... pela solidão de tá sozinho num quarto, sozinho numa cidade estranha, onde cê não possui nada, é como tá sozinho na vida”.

William geralmente fica próximo de onde nos encontramos, na marquise de um supermercado, numa espécie de centro comercial bastante movimentado na Samdu – que já é uma avenida bastante movimentada por comércio.

Conversamos sobre sua família, o contato que tem com eles, se ainda possui família.

“Tem... família tenho, mas não tenho mais contato, eu perdi o telefone no tempo que fiquei internado, té tento lembrar as vez, mas não adianta... e eles deve ter mudado o número também, mas tem sim... mãe, pai, esposa... 3 filhos [...] também não tenho como mandar carta, aí não falei mais com eles”.

Durante o tempo que conversamos, ele falou sobre a saudade que tem do Maranhão e como gostaria de voltar para lá, a vontade de sair da rua, de estar com a família. Questionei como era de fato a vida na rua, o dormir na rua, que situações estavam envolvidas nessa trama.

“A noite aqui a gente ta deitado, num tem como dormir em paz, por isso eu prefiro dormir de dia e ficar acordado de noite... sempre que ce ta deitado aqui, é abordado, acordado, roubado... chutado, tem de tudo, muita violência... já tentaram me matar com fogo, por isso a noite eu cato minhas latinha e de dia eu tiro um cochilo”

Pedro, 56 anos, Setor Comercial Sul

Encontrei com Pedro ao caminhar pelo Setor Comercial Sul, área central do Plano Piloto. Desci na estação Galeria e subi a comercial atravessando cada rua numa direção, a fim de encontrar com alguém em situação de rua, quando estava quase a deixar a comercial, passei pelo BRB, e embaixo da cobertura de uma banquinha de jornal, estava Pedro. Ele é do Rio de Janeiro, mas não quis dizer quando exatamente veio à Brasília tampouco especificou o motivo que o trouxe.

Ao conversarmos, ele confessou que a dois dias não comia nada, recordo-me que o dia era um sábado cujo, quinta e sexta passados eram feriados, logo, todos os

comércios estavam fechados, e os que estavam abertos funcionavam de maneira reduzida.

“Aqui no fim de semana não funciona nada, ninguém mora aqui, só a gente, aí fecha tudo...”.

Neste dia, uma colega estava me acompanhando em campo, pedi a ela que comprasse uma marmita para ele enquanto conversávamos.

Perguntei de sua vida, sua família...

“Tenho família, minha mãe já morreu... tem minha esposa e meus filhos... eu não sei onde eles são, mas sei que são vivos... Eu tenho um irmão que é Pastor, ele mora em samambaia, mas ele não gosta de mim... as vezes eu ligo pra ele pedindo ajuda, quando ele reconhece a voz desliga o telefone na hora”.

Pedro era um tanto inquieto, e ao mesmo tempo parecia acometido por alguma enfermidade, com movimento um tanto letárgicos. Conversamos sobre o uso de drogas, e ele veementemente disse que não usa drogas, demonstrando enorme aversão a ideia.

“Há 10 anos eu usava droga, da pesada mesmo sabe, e foi por isso que eu cheguei pegando AIDS, eu tenho AIDS sabe...”.

Ele relata que, depois do diagnóstico, ainda passou por ‘maus bocados’ na rua. Outro ponto marcante ao conversar com Pedro, eram as lembranças que tinha de sua mãe, falou sobre ela em alguns momentos, e em ambos exibiu uma espécie de nostalgia e desapego.

“Ela sempre falava, ‘eu te amo meu filho, mas não concordo com o que você tá fazendo aqui, você já desistiu da vida, tem que correr atrás’... mas ela estava certa sabe, eu já tinha deixado tudo pra trás, casa, esposa, filho, minha vida era a rua”.

Wilson, 51 anos, 506 Sul

Quando encontrei com Wilson, confesso ter ficado confuso se ele estava ou não em situação de rua. Ele estava deitado sobre um papelão embaixo da sombra de uma árvore com outra pessoa, mas suas roupas estavam totalmente limpas, seu

calçado novo, o que fugia da ideia usual do ‘morador de rua’, todavia sua companhia era o estereótipo completo.

Apresentei-me e aceitou conversarmos.

Ao falar com ele percebi que não possuía muita noção sobre o tempo em que está na rua, pois há 28 anos está em transição entre ‘rua’ e ‘casa’, diz ter diversas profissões, tendo em algumas situações dinheiro para pagar aluguel, em outras não.

“Cara eu faço de tudo, marceneiro, eletricista, já fui caminheiro por muito tempo, aquela marquise ali do Bradesco eu mesmo que fiz, com o pessoal que trabalhava, mas cansa... aí o dinheiro acaba e eu vô pra rua”

Quanto à família:

“Tenho sim, minhas irmã tudo mora por aqui. Mas uma Deus já levou... já fui casado, tenho dois filhos em Goiânia, um tem 16 o outro 12, mas tudo certin, registrado, aí quando trabalho eu pago pensão, quando to na rua, não tem como pagar... mas eu nem mantenho contato, não curto não essa vida família, não posso fazer nada que eu quero fazer por que também não posso obrigar os outros a fazerem parte daquilo que eles não querem né”

Conversamos sobre sair da rua, visto que ele tinha condições financeiras de fazê-lo caso conseguisse um emprego fixo, pagar seu aluguel.

“Aqui na rua a gente é livre né cara, não tem esposa, irmã, ninguém controlando... aqui eu tomo de tudo, uma cachaça, papel, cocaína, heroína, maconha, lança perfume, que mais... tiner. [...] As vezes minha irmã aparece oferecendo ajuda, um local pra ficar... tem vezes que eu aceito, mas logo to na rua, lá eu não posso beber nada, fumar minha maconha, tem que chegar até as dez, for pra ficar preso, eu liga 190 né não...”

6.2 CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS

Como já dito, a construção dos resultados deste trabalho foi baseada na consolidação de categorias que contemplam os recortes das entrevistas transcritas.

Contemplam as categorias identificadas nas entrevistas, as **categorias iniciais**: Conhece Algum Serviço, Conhece o Centro Pop, Soube por Amigos, Foi a Pé aos Serviços, Buscou por Atendimento na Saúde, Buscou por Atendimento no Centro Pop, Foi Atendido, Foi Bem Tratado Pelos Profissionais, Voltou ao Serviço, Conseguiu o que Buscava no Serviço; **categorias intermediárias**: Não Percepção da Rede, Acesso à Rede e Utilização do serviço; como **categorias finais**: Serviços para População de Rua, e Atendimento para População de Rua.

O Quadro abaixo elucida melhor estas categorias.

Quadro 4 – Disposição da Análise de conteúdo segundo divisão das categorias a partir do recorte das entrevistas transcritas para discussão.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias Finais
1. Conhece Algum Serviço	Não Percepção da Rede	I Serviços para População em Situação de Rua
2. Conhece o Centro Pop		
3. Soube por Amigos		
4. Foi a pé aos Serviços	Acesso à Rede	
5. Busca por Atendimento na Saúde		
6. Busca por Atendimento no Centro Pop		
7. Foi Atendido	Utilização do Serviço	II Atendimento para População em Situação de Rua
8. Ser Bem Tratado Pelos Profissionais		
9. Voltou ao Serviço		
10. Conseguiu o que Buscava		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Abaixo serão colocadas de maneira mais aprofundadas as composições de cada categoria, discutindo-as segundo os objetivos do trabalho, e o referencial utilizado.

6.3 CATEGORIAS INICIAIS

As categorias iniciais identificadas, como já dito, são fruto do que fez-se como *corpus* das entrevistas transcritas e recortadas. Estas foram estabelecidas uma vez citadas nas entrevistas por uma ou mais pessoas, ou ainda, na contraposição de recortes junto ao referencial teórico. Outro ponto que auxiliou foi o apontamento de discursos relevantes para esse levantamento durante a realização das entrevistas, resultando em anotações no caderno de campo que uma vez relido durante a leitura das entrevistas serviu de guia para identificar tais pontos.

Dessa forma foram identificadas 13 categorias iniciais que faziam parte do processo de identificação dos serviços em suas respectivas cidades, a ida a esses serviços, a busca por atendimento, e a realização desse atendimento. É interessante ressaltar que não há mínimo ou máximo para identificação destas categorias, segundo a concepção da Análise de conteúdo. Dependendo apenas do material, sua abrangência, a estruturação de seu *corpus* e a definição do pesquisador (SILVA, 2012).

Quadro 5 - Categorias iniciais identificadas para Análise de conteúdo por categorias, segundo as entrevistas realizadas.

Categorias Iniciais
1. Conhece Algum Serviço
2. Conhece Centro Pop
3. Soube por Amigos
4. Foi a Pé aos Serviços
5. Busca por Atendimento na Saúde
6. Busca por Atendimento no Centro Pop
7. Foi Atendido
8. Ser Bem Tratado Pelos Profissionais
9. Voltou ao Serviço
10. Conseguiu o que Buscava

Fonte: Elaborado pelo autor.

As categorias iniciais colocam-se como percepções mais básicas e gerais. Contemplam de maneira geral os discursos dos entrevistados, identificando suas percepções mais amplas e cruzando-as, identificando ao mesmo tempo, as que mais se predispõem. Estas serão abaixo melhor aprofundadas em seu processo de identificação, a maneira com que dialogam com o referencial disposto no trabalho, possibilitando identificar por vezes composições diferentes das esperadas.

6.3.1 Conhece Algum Serviço

O primeiro ponto levantado aos entrevistados, era o conhecimento dos serviços dispostos nas redes de saúde, de assistências social ou atenção psicossocial. Entende-se que há um histórico forte do que Dutra (2014) chama de Desproteção social à população em situação de rua, todavia há de fato um crescente organizacional e institucional acusado anteriormente, que dispõe a novas ações voltadas a essa população. Dessa forma o conhecimento destes serviços é fundamental tanto para sua utilização, e ainda para sua divulgação.

Todas as quatro pessoas entrevistadas, tinham conhecimento de algum serviço,

“Fala ai ‘neguinho’ do Centro pop... ali é espaço nosso já, manjado” – Wilson;

“Conhecer, conheço, mas nunca tive precisão, então nunca fui, mas ali embaixo mesmo tem um postin” – Pernambuco;

“Sim... eu pego meus remédio naquele prédio lá no centro... Policlínica, lá na policlínica de Taguatinga” – Pedro;

“Sim, eu fiquei té internado lá...” – William.

É interessante perceber que esse conhecer serviços se ateve principalmente à serviços de saúde, todos tinham conhecimentos no que diz respeito a Centros de Saúde, também conhecidos como ‘Postinho’ ou ‘Postin de saúde’. O mesmo se estende a UPAS e Hospitais citados em mais de uma ocasião.

Quando questionados sobre consultório na rua, apenas Pedro soube do que se tratava. Percebi que talvez a nomenclatura lhes fosse estranha, pois os conhecessem por outro nome, ou ainda os conhecessem por nomenclaturas próprias, cujas quais não haveria possibilidade de eu conhecer. Questionei-os então descrevendo as ações do consultório na rua, perguntando se por acaso não teriam visto, enfermeiras, ou agentes da assistência social, atendendo na rua, ou em lugares aleatórios a estabelecimentos de saúde, todavia a resposta permaneceu negativa.

“ [...] (risos) *médico atendendo na rua? Nunca vi... mal tão atendendo no hospital...*” – Wilson

No Distrito Federal atualmente, existem três equipes de consultório na Rua, uma em Brasília, vinculada ao Centro Pop da Asa Sul; outra em Taguatinga, vinculada ao Centro de Saúde nº6, próximo ao centro da cidade; e um na Ceilândia vinculado ao Centro de Saúde nº 4.

Quando questionei de outros serviços que não de saúde, como da rede de atenção psicossocial, ou serviços de assistência social, as respostas faziam-se mescladas, todos tinham conhecimento de ao menos um serviço. O CAPS que é tido como um serviço bastante procurado por pessoas em situação de rua, era conhecido apenas por metade:

“*Sim, sim, conheço... eu tenho cadastro lá... minha documentação toda é de lá, fica em... Taguatinga Norte eu acho, eu queria poder fazer aqui por que eu tenho que pegar uns remédio lá também e fica complicado ir pra lá, pagar passagem, sabe... mas também não sei onde tem por aqui e eu não tenho mais os documentos...*” – Pedro

“*Caps? Nunca ouvi falar... já ouvi falar de BPC...*” – William

“*Conheço... nunca fui, mas conheço... o neguim já passou um tempo lá... mas eu nunca precisei*” – Wilson

Todos eles conheciam ao menos um serviço, foram reconhecidos, Caps, Centro Pop, Creas, Cras, Centros de Saúde, Hospitais Regionais, Policlínica de Taguatinga e Upa e Centro de Testagem e Aconselhamento. Nem todos conheciam os mesmos, e nenhum conhecia todos os serviços, mas há conhecimentos mesmo

que superficiais do que lhes é ofertado, ainda que não tenham consciente o direito de tê-los.

6.3.2 Conhece o Centro Pop

O Centro Pop foi o serviço mais conhecido pelos entrevistados, apenas uma pessoa disse não procurar o serviço, justificado segundo ele, pela falta de necessidade, já que ainda possui seus documentos e sempre consegue o que comer. Todos os demais conhecem o centro pop e utilizam.

“Fala ai ‘neguinho’, do Centro pop... ali é espaço nosso já, manjado... sempre quando eu to na rua eu passo lá, lavo minhas roupas, tomo um banho, não é por ta na rua que eu tem que ta fedido e desarrumado... e sempre atendem a gente legal, nunca fui distratado [...]” – Wilson

Essa proximidade que eles possuem com o Centro Pop, era a proximidade esperada para com o CnaR, que, como visto, não acontece nesse caso. O Centro Pop é discutido e apresentado como ator governamental em prol da assistência social específica para população em situação de rua tanto pelas *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop* de 2011, bem como pelo *Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa* de 2013, produções que discutem o papel do Centro pop, e as ações governamentais em âmbito nacional para assistir socialmente à população em situação de Rua.

Segundo ainda Esteves (2014), esse era um serviço que à época de sua implantação ia às ruas, tal qual o CnaR faz, o que pode ter contribuído com sua popularidade, todavia, é necessário ressaltar também que o Centro Pop enquanto pivô no que diz respeito a serviços de assistência social para essa população, tem seu papel para com a divulgação de outros serviços e mesmo encaminhamento dessa, visto que estes possuem alguns conhecimento de seus direitos sociais, mas desconhecem serviços como o próprio CAPS.

6.3.3 Soube por Amigos

É importante identificar dentro destes discursos a forma com que tiveram acesso à existência desses serviços. Quando voltados à saúde, essa identificação ficava nebulosa, pois todos consideravam a ideia de hospitais, e centros de saúde, públicos, como algo que sempre viram, apenas de nenhum deles relatar de fato ir a um centro de saúde. Entretanto ficou extremamente evidente quando o assunto era centro pop, ou Caps, todos tinham descoberto por amigos que estão na rua, em uma espécie de *network* própria.

“Eu nunca tinha ouvido falar [Centro Pop], aí uns dias atrás o menino que cata latinha comigo falou de um centro pro pessoal de rua... eu não tinha entendido direito, mas ele disse que o pessoal ajudava com comida e roupa lá ” (do autor) – William

É interessante perceber também que essa coalizão de amizades, ou essa proliferação de amizade de boca em boca na rua é vista por Kunz (2012) e entendida como uma ‘tática’ utilizada na ‘vida das ruas’. Quando há uma experiência positiva com um serviço, esse é dito ao colega e divulgado, e quando essa experiência é negativa, não se fala do ocorrido, tornando alguns espaços invisíveis para essa população.

6.3.4 Foi a Pé aos Serviços

A primeira ida a estes serviços foi realizada a pé por todos. Os serviços procurados, eram sempre próximos de sua localidade, logo não haveria necessidade de utilizar de transportes públicos, ou outros, de maneira que eles sempre se referiam aos serviços com termos de proximidade, como ‘ali’, ‘aqui’, ‘pertin em cima’ ou outros referentes.

Além disso, fora relatado problema com o embarque em ônibus, pois em algumas ocasiões, devido ao mau cheiro, ou por medo, alguns ônibus não paravam ou não permitiam o embarque deles, mas esse era relatado como um co-motivo, não sendo vista como a justificativa principal para ida a pé para o serviço.

“A gente vai a pé mesmo, era pertin... e também se fosse longe, tem ônibus que nem para pra gente, aí é ir de pé mesmo” – Wilson

A ida a pé foi identificada também como fato óbvio pelos entrevistados, como se, caso eles não fossem a pé, não haveria outra maneira para ir, ou como se desconhecêssem outra maneira de ter acesso aos serviços seja qual for, evidenciando mais uma vez a falta de ‘abordagens’ na rua por parte dos serviços.

“ [...] sim, a pé ué... fica ali em cima, também, é tranquilo[...] na época eu ficava lá em Brasília, eu... como ainda tava com a perna ruim não tinha como ir pra canto nenhum, aí dei um jeito de ir de pé até chegar no... Base [Hospital], sabe onde fica? ” – William

Essa ida a pé ao serviço pode ser discutida por um lado levantando as já frequentes enfermidades que acometem essa população por causa das longas distâncias feitas a pé, apontando como ponto positivo a existência de serviços em mais de uma localidade a exemplo, Brasília e Taguatinga que possuem ambas um Centro Pop, o que, de fato, facilita o acesso dessa população a esses serviços, e aumenta o contingente de pessoas contempladas por atendimento.

Todavia a falta de atendimentos na rua ou deslocamento do serviço aos usuários, em diversas situações representa um risco a essa população. Caso a população não saiba de dado serviço em sua localidade, ou mesmo não saiba onde em sua localidade este está, não há maneiras de ir ao serviço, muito menos de ser atendido.

6.3.5 Busca por Atendimento na Saúde

A busca por atendimento em saúde foi citada por 3 pessoas, o único que disse não procurar por atendimento na área da saúde, foi o Pernambuco, como já visto ele conhece os serviços, mas diz nunca ter tido nenhum problema para tal.

“[...] nunca precisei... tô na rua desde que cheguei em Brasília, mas nunca tive nenhum problema de saúde, nunca precisei ir em medico nem nada, aí nunca fui em hospital...”. – Pernambuco

Wilson diz que já buscou atendimento quando em situação de rua e fora da rua, e diz que a situação é complicada

“Já, já fui lá [Centro de saúde], na rua e fora da rua [...] tem gente que vai uma vez e vai embora por vergonha... nem volta mais” - Wilson

Segundo Kunz (2012) a saúde corresponde aos serviços que menos são procurados pela população de rua, pois é onde eles menos conseguem atendimento e ao mesmo tempo quando procuram, são os serviços em que eles menos voltam devido ao preconceito com que são recebidos. Dentre estes serviços é interessante fazer uma ressalva para o Centro de Testagem e Aconselhamento, que representa um dos serviços mais procurados pela população de rua e que por realizar testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis não fora encontrado relato de problemas para com essa população.

“Há 10 anos eu usava droga da pesada mesmo sabe, e foi por isso que eu cabeí pegando AIDS, eu tenho AIDS sabe... Mas fica tudo de boa, é difícil mas eu tomo o remédio e fico de boa aqui [...] na época eu ia sair com a menina lá, tava louco no dia, sabe, louco, louco... o pessoal falou, vai não ela tem AIDS, mas aí ela puxou pelo braço... depois nem dei ideia, mas fui ficando ruim, emagreci, sempre tendo diarreia... o pessoal foi falando pra eu fazer o teste, e aí deu positivo” – Pedro

A população de rua evidentemente, é uma população em extrema situação de vulnerabilidade, espera-se que a busca por atendimentos em saúde seja diretamente proporcional a seu estado de vulnerabilidade. Levando ainda em consideração que doenças como tuberculose possuem um risco de acometimento quarenta e quatro vezes maior para estes do que para a população em geral. Para viés comparativo, pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) tem risco 35 vezes maior de ser acometido que a população geral, ou seja, a população em situação de rua possui 10 vezes mais risco que PVHA (Ministério da Saúde, 2013).

Antes mesmo do atendimento são colocadas dificuldades a própria busca pelo serviço, a fala de William na categoria anterior, que mesmo com a perna quebrada teve que encontrar maneiras de se deslocar a pé, até o Hospital de Base, demonstra que são necessários aparatos que facilitem não apenas a ida, mas que incentivem a busca por esses serviços, seja baseado em dados estatísticos que demonstrem sua

vulnerabilidade biológica como no parágrafo acima, seja sob dados que demonstrem sua vulnerabilidade social.

6.3.6 Busca por Atendimento no Centro Pop

A busca por atendimento no centro pop é maior que a serviços de saúde, como visto, todos os 4 têm conhecimento do Centro Pop, mas apenas 3 deles buscavam seus serviços, demonstrando, todavia o que pode ser considerado a busca reincidente ao local.

Há relatos da busca que tangem ao atendimento de serviços específicos que já buscam o centro pop a certo tempo e outros até pouco tempo desconheciam seus serviços e aos poucos estão descobrindo o que é possível obter através deste espaço.

“Cheguei lá fiz o cadastro rapidinho, já me falaram de... BPC, algo assim [...] disseram que se eu voltar com boletim eu posso pedir outro documento e aí é só pegar a declaração pra viajar de graça, que o governo paga a passagem de quem é pobre, aí eu volto pro maranhão” - William

William havia descoberto a pouco sobre seus serviços, e via nesse aparato governamental a oportunidade de voltar para casa e enfim sair da rua.

Por ser um espaço especificamente voltado a essa população, disponibiliza serviços que como dito, talvez representem para esses, suas necessidades mais básicas na rua: a oportunidade de tomar banho, de obter comida, de obter documentos, de obter benefícios quanto a renda. Entretanto, há de se destacar a busca pelo Centro Pop, como a busca por espaço de socialização, visto que há oficinas trabalhadas com os que procuram, e é possível encontrar um quantitativo de pessoas em situação de rua consideravelmente maior em espaços próximos ao centro pop que à outras localidades.

“Fora o pessoal que a gente encontra lá [Centro Pop], tem uns amigos que fica ali em volta, as vezes a gente se encontra, toma umas, fuma umas... depende do dia” – Wilson

A busca ao Centro Pop como uma dualidade entre o sair da rua e o viver na rua – extinguindo a mera ideia da sobrevivência, cede a este um status de vetor que segue à população de rua, segundo suas necessidades, sejam estas por âmbito administrativo e assim burocrático junto a todo o aparato governamental disponibilizado, ou mesmo em âmbito social, oferecendo a essa população um espaço em que possam deixar a margem, essa não é uma afirmação que estende-se, ainda, a seu atendimento, mas ao que aparentemente é buscado ao ir ao centro pop.

6.3.7 Foi Atendido

A ideia de atendimento presente nessa etapa, estende-se a serviços em gerais e discute-se também com o não atendimento em certas ocasiões. Ressalta-se a princípio o atendimento em serviços de saúde evidenciado por exemplo, por Wilson.

“[...] a mulher não queria me atender não [quando em situação de rua], tinha que ver... eu to lá tem que ser atendido igual todo mundo e fiquei lá té ser atendido [...] Eu consegui ser atendido nas duas [em situação de rua, e fora da rua], mas a diferença é grade” – Wilson

O relato de Wilson é a prova clara de que há uma diferença no atendimento às pessoas em situação de rua, ou no atendimento daqueles que são identificados como ‘de rua’. O sucesso e a dificuldade do acesso se repetem para Pedro, mas de maneira diferente, diagnosticado com AIDS, ele é atendido pela rede e possui direito a medicamentos e acompanhamento médico, mas esses são retirados e feitos apenas em Taguatinga, onde ele possui cadastro. No entanto, atualmente ele encontra-se em Brasília.

“Sim... eu pego meus remédio naquele prédio lá no centro... Policlínica, lá na policlínica de Taguatinga... eu to tendo que ir lá essa semana mesmo, mas dessa vez o pastor passou aqui e disse que terça-feira vai lá mais eu as duas da tarde [...] se não fosse ele eu ia juntar umas moedinha e ia de ônibus... mas é sempre muito difícil” – Pedro.

Percebe-se nesse relato não apenas que há o atendimento, mas que há a continuidade do tratamento, ao menos para Pedro. Ainda que distante de onde ele

reside atualmente, poder-se-ia dizer que o princípio da integralidade do sistema fora respeitado, mas ao desconsiderar a intersetorialidade necessária para melhorar essa continuidade do cuidado visto onde o usuário se encontra, e onde está localizado o cerne de seu tratamento, ainda a muito que ser feito no que diz respeito a tal princípio (BRASIL, 1990)

William apresenta uma narrativa um tanto diferente para seu atendimento

“ aí cheguei aqui [DF], quebrei a perna e fiquei inválido, não conhecia ninguém, não tinha pra onde ir, vim pra rua [...] tive um monte de coisa, tuberculose... aí que eu fui pro hospital, fiquei internado uns 6 meses, e nesse tempo tive outros vários problema [...] aí fiquei internado esse tempo acabei tendo depressão [...] pela solidão de tá sozinho num quarto, sozinho numa cidade estranha, onde cê não possui nada, é como tá sozinho na vida”

Tem-se desse relato uma nova perspectiva. Primeiro vê-se a busca por serviços básicos no centro de saúde e a conquista desse atendimento por Wilson, com dificuldade, mas consegue-se atendimento, e em segundo a busca por atendimento de média ou alta complexidade em Hospitais, para tratamento de doenças infecto-contagiosas realizada por Pedro e William, cujo o atendimento segundo os relatados é realizado de maneira mais direta.

Podem ser ressaltadas dificuldades a Pedro quanto à distância, mas quando residia em Taguatinga seu tratamento e a continuidade do cuidado para com ele não se diferenciava de alguém que não se encontrava em situação de rua. A diferença dessas atuações talvez possa ser evidenciada quanto à existência de uma doença infecto-contagiosa em dois dos casos, levando em consideração que esta tem se tornado foco de reorganização no SUS pela publicação de diversas notas técnicas do MS, enfocando ações principalmente com a tuberculose.

Quanto ao CAPS, apenas dois entrevistados conheciam o serviço e destes, apenas um buscou atendimento lá. Pedro disse que possuía cadastro e que mantém acompanhamento psicológico, buscando inclusive remédios uma vez ao mês. Por se tratar de uma instituição voltada ao tratamento de transtornos mentais e dependência química possui em suas especificidades o tratamento de pessoas em situação de rua.

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de atenção Psicossocial, em seu artigo 4º traz como o primeiro objetivo da rede “promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) ” (grifo nosso).

Já quanto ao Centro Pop todos conheciam e 3 buscaram atendimento. Dos três todos foram atendidos. Esse foi um espaço tido como ‘deles’. Mesmo William que havia ido apenas uma vez ao espaço, contava entusiasmado sobre as possibilidades que ele abria para que ele pudesse até mesmo sair da rua. Agindo assim a favor daqueles que de fato querem sair da rua, ou para aqueles que querem continuar nela.

6.3.8 Ser Bem Tratado Pelos Profissionais

O tratamento pelos profissionais foi um assunto que obteve algumas divergências enquanto serviço, e mesmo dentro de serviços, na saúde por exemplo o nível da atenção foi um divisor. Pedro, William e Wilson relataram atendimento em serviços de saúde de diferentes formas. Pedro e William falaram muito bem, que foram muito bem atendidos e que são gratos aos serviços, Pedro diz inclusive que já é conhecido por todos na Policlínica de Taguatinga e nunca foi destrutado.

“[...] não, não, me trataram bem sim, davam banho, comida... o tempo que passei lá fui bem tratado, sempre ajudavam em tudo” – William.

Enquanto Wilson como já demonstrado anteriormente, conseguiu ser atendido por ‘birra’, pois a profissional não queria encaminhá-lo ao atendimento. Essa percepção de William, é um tanto ambígua, visto que quando internado, o usuário de fato, precisa e deve ser ajudado em tudo que o for necessário, dando a entender que esse ‘bom atendimento’ pode ser deferido como qualquer atendimento desde que haja atendimento.

Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas (VAITSMAN e ANDRADE, p. 606, 2005).

No Centro Pop essa mesma percepção é a mesma, mas por todos os que usaram do serviço, visto que todos os que foram atendidos pelo local, afirmam ser bem atendidos, ressaltando a falta de preconceitos e a boa maneira com que foram e são tratados sempre que necessitam do serviço.

6.3.9 Voltou ao Serviço

A volta ao serviço evidenciou duas maneiras: a primeira pautada sob certa obrigatoriedade enquanto continuidade ao cuidado ou necessidade de serviços, elegendo certa indispensabilidade da volta; e a segunda pautada pelo intuito de buscar o que não é indispensável ou obrigatório enquanto instituição, mas que vai de encontro ao que o usuário deseja, tornando a volta opcional, mas benéfica a esse.

A dificuldade da volta, ou da continuidade do cuidado é uma realidade para a população que tem moradia e não se encontra em situação de vulnerabilidade. Essa dificuldade quando posta à população de rua evidencia uma impossibilidade clara frente a visível falta de equidade instituída no próprio sistema. A volta ao serviço foi uma realidade pouco vivenciada pelos entrevistados com a exceção de Pedro. Ele busca remédios na Policlínica de Taguatinga por ser portador de Hiv/Aids, e busca remédios no Caps de Taguatinga Norte, incluindo acompanhamento psicológico.

À época ele permanecia em Taguatinga, próximo ao centro, o que facilitava acesso a ambos os serviços, entretanto atualmente ele permanece sempre em Brasília, no setor comercial sul, o que dificulta a volta ao serviço tendo que pagar passagem para ir e voltar, ou dependendo da ajuda de outrem.

“eu vim pra cá por que é mais tranquilo... lá é muito perigoso, aqui a gente é roubado, e tudo, mas lá a gente pode ser morto a qualquer momento” – Pedro .

William possuía apenas a experiência já descrita aqui sobre serviços de saúde, não necessitando de qualquer volta ao serviço, e Wilson segue a mesma perspectiva.

Pautando a volta sem obrigatoriedade à continuidade do cuidado, todos a fizeram em algum momento para com o Centro Pop. Ressaltando Wilson, que disse o fazer com frequência como visto em relatos colocados nas categorias acima, tanto

para conseguir lavar roupas e tomar banho, como para encontrar conhecidos e amigos que frequentam o local ou circundam sua localização. O mesmo com William que se resguardava na esperança de conseguir seus documentos e assim o necessário para ir ao maranhão, além disso, disse voltar ao Centro pop, para conseguir alimentação e roupas, bem como, para tomar banho quando possível.

6.3.10 Conseguiu o que Buscava

O ‘conseguir o que busca’ é complexo em alguns sentidos, pois por vezes eles não tinham certeza do que buscavam, levando também em consideração a baixa expectativa que aparentemente tinham do serviço em seu primeiro contato, principalmente por que iam por informações terceiras, muitas eram as incertezas, e poucas as buscas concretas, principalmente quanto ao centro pop.

Deve-se, portanto, levar em consideração que todos os que foram aos serviços conseguiram ser atendidos, e assim conseguiram o que buscavam no sentido de contemplados pelo atendimento. Mesmo que com dificuldade em alguns casos, receberam atendimento. Dos serviços visualizados, os mais buscados foram CAPS, Centro Pop, e Hospitais em geral, e como visto, os que foram a estes conseguiram ser atendidos.

É interessante ressaltar também a diferença na busca pelo Centro pop – como representante dos serviços assistência social – e a busca por serviços de saúde. No centro pop, todos sentiam-se contemplados, e de fato recebiam aquilo que requisitavam. Já na saúde, essa conquista era contemplada, mas mediada por diversos conflitos, que tangenciavam o fato de serem pessoas que se encontram em situação de rua, ou que se aplicam a pessoas que possuem apenas baixa renda.

No CAPS, Pedro foi o único que buscou atendimento e o conseguiu, realizando ainda atualmente acompanhamento psicológico. No centro pop foram apresentados discursos que demonstram a conquista de objetivos buscados, como Wilson que utiliza dos serviços quando considera necessário para conseguir alimentos, tomar banho e lavar suas roupas; William que havia ido descobrir o que de fato a instituição provia, pôde realizar seu cadastro e iniciar o processo para conseguir novos

documentos, e Pedro que possui cadastro, e já utilizou dos serviços tanto para alimentação como para banhar.

6.4 CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS

Quadro 6 - Categorias Intermediárias 'Não Percepção da Rede', 'Acesso a Rede' e 'Utilização do Serviço'.

Categorias intermediárias
Não Percepção da Rede
Acesso à rede
Utilização do serviço

Fonte: Elaborado pelo autor.

As categorias intermediárias tencionam a discussão um pouco mais ampliada junto a literatura, de acordo com o que foi discutido nas categorias iniciais, principalmente baseadas nas falas dos entrevistados.

6.4.1 Não Percepção da Rede

Quadro 7 - Disposição da categoria intermediária 'Não Percepção da Rede' e suas categorias iniciais.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias
1. Conhece Algum Serviço	Não Percepção da Rede
2. Conhece o Centro Pop	
3. Soube por Amigos	

Fonte: Elaborado pelo autor

A percepção da rede pelos entrevistados pode ser trabalhada sob alguns pontos que divergem e outros que contemplam a si mesmos, todavia, há primeiro de se identificar em que consiste essa percepção da rede.

Rede pode ser entendida primeiro como a ação conjunta de uma gama de serviços, seja esta especificamente para rua ou não, agindo na saúde a equilibrar os níveis da atenção, ou na assistência social integrando as necessidades do usuário, tal qual está disposto legalmente a organização dos serviços no DF (SILVA, 2016;

MENDES, 2012). Essa disposição em rede no DF, a priori, como visto no referencial teórico, não funciona, ainda que apresente experiências exitosas (CEBES, 2010). Ao entrevistar William, uma destas experiências me foi narrada, como o mesmo disse, passou por um momento em que teve depressão quando esteve internado.

“ Encaminhar? [...] não, não, nunca me mandaram pra outro lugar... mas lá como era todo mundo muito bom comigo, deu tudo certo [...] só tinha enfermeira, e uns médicos que passavam, aí quando tive mesmo depressão eles falaram que eu tinha que ver um psicólogo, mas foi tudo lá no hospital mesmo” – William.

É possível perceber a interação de serviços psicossociais com serviços de saúde. Essa ação então pode ser vista como um vetor positivo à percepção da rede existente. Outro relato em que pode ser percebida a atuação em rede são os que Pedro traz, em que narra sua busca por remédios na Policlínica e no CAPS, onde também faz acompanhamento psicológico. Esta interação direta da saúde junto a atenção psicossocial pode ser vista como uma ação conjunta em prol da saúde do usuário da rua.

Todavia, a percepção evidenciada até o momento foi a que o pesquisador obteve dos relatos obtidos, já a percepção dos entrevistados da rede é um tanto diferente, como o próprio conceito de rede é desconhecido aos entrevistados, sua identificação ficou aqui consolidada ao conhecimento que este obtém dos serviços.

Dessa forma é possível identificar um segundo aspecto da percepção da rede nos discursos, a partir da identificação dos serviços que teoricamente fariam parte desta. E é nesse aspecto que há maior dificuldade de identificar qualquer atuação em rede. Podem ser realizados apontamentos quanto aos conhecimentos que todos os entrevistados apresentaram sobre o Centro Pop, o que é de fato importante, pois evidencia conhecimento não apenas por uma instituição que age enquanto assistência social, mas que age especificamente para assistência social do povo da rua. Entretanto, há de se ressaltar a falta de conhecimento em outros serviços que agem da mesma maneira e que assim deveriam ter destaque para estes, a exemplo do próprio CnaR.

Como visto estavam sendo questionadas informações sobre: CRAS, CREAS, COSE, Centro Pop, UNAF, UNAM, UNAI, CAPS, Adolescentro, CTA, Consultório na

Rua, UPAS, UBS, Policlínicas, e Hospitais regionais. Deve ser considerado ainda que estes foram escolhidos dentre os serviços disponíveis no Distrito Federal, pois são os que se encontram em maior número no território e/ou estão voltados a populações vulneráveis em geral. O número de serviços conhecidos dentro desta dita rede pelos entrevistados, pode ser afirmado como quase satisfatório, de quinze serviços, dez foram reconhecidos: CRAS, CREAS, Centro Pop, UNAF, CAPS, CTA, UPAS, UBS, Policlínicas e Hospitais Regionais.

Esse reconhecimento evidencia que estes são serviços presentes e visíveis à essa população nas cidades estudadas, todavia não indica que estes saibam de fato o que é oferecido por tais serviços, chegando a depender de uma espécie de validação secundária, que como visto, depreende-se de um amigo ou conhecido também em situação de rua, para ir ao serviço buscando atendimento, principalmente quanto a serviços de assistência social, visto que a funcionalidade dos serviços de saúde em geral e do CAPS, possuem dinamicidade já conhecida e difundida pela população em geral.

Dessa forma, há um número considerável de nomes reconhecidos, mas o conhecimento dos serviços propriamente ditos é escasso, apontando a falta de estratégias ou a ineficiência para difundir esse conhecimento por entre a população em situação de rua.

6.4.2 Acesso à rede

Quadro 8 - Disposições da categoria intermediária 'Acesso à Rede' e suas categorias iniciais.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias
4. Foi a Pé aos Serviços	Acesso à Rede
5. Busca por Atendimento na Saúde	
6. Busca por Atendimento no Centro Pop	

Fonte: Elaborado pelo autor.

O acesso dentro da construção consolidada na metodologia deste trabalho, foi evidenciada por Frias (2010) “como remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis” (p. 50), e foi entendida durante as entrevistas como as possibilidades que o usuário tinha para chegar ao serviço e quais os pontos chaves para acesso a esse serviço, seja geograficamente ou a instituição escolhida.

Essa foi identificada como categoria intermediária a partir da caracterização própria dos discursos dos entrevistados, de maneira a construir aspectos que consolidavam o termo “acesso”. Assim o foi de maneira a consolidar as categorias iniciais ‘foi a pé aos serviços’, ‘busca por atendimento na saúde’ e ‘busca por atendimento no Centro Pop’, caracterizando seu acesso por obstáculos e pontos de acesso geográfico/institucional.

Como visto, de todas as instituições apresentadas durante a entrevista, os entrevistados reconheceram apenas: CRAS, CREAS, Centro Pop, UNAF, CAPS, CTA, UPAS, UBS, Policlínicas e Hospitais Regionais. Entretanto vale lembrar que eles não buscaram atendimento em todos esses, assim, apenas: Centro Pop, CAPS, CTA, UBS, Policlínica e Hospitais Regionais, foram de fato utilizados pelos usuários, totalizando menos da metade de todos os serviços apresentados e nem todos foram utilizados unanimemente pelos entrevistados, de maneira que, por exemplo, policlínica, CTA, foram utilizadas apenas por um dos entrevistados, o mesmo com Hospital Regional.

O primeiro aspecto identificado para caracterizar esse acesso, foi a primeira categoria inicial, ‘Foi a pé aos serviços’. Como já visto todos foram a pé aos serviços em seus primeiros contatos com o mesmo, e limitavam-se a buscar serviços que fossem próximos geograficamente. Pernambuco por exemplo reconhecia como serviços de saúde apenas os Postos de Saúde próximos a sua localização e o Hospital Regional também próximo, assim como os demais que em todos os casos buscaram serviços que se encontravam em sua localidade, mesmo que posteriormente viessem a se deslocar para outro local, o acesso inicial foi muito bem caracterizado geograficamente, o que justifica, por exemplo, que apenas os serviços mais presentes às cidades satélites do DF. Há um representante institucional de cada um dos serviços citados em ambas as cidades estudadas.

Outro ponto determinante ao acesso identificado à essa população foi a delimitação das instituições buscadas na área da saúde e da assistência social, ressaltando que o CAPS por ser o protagonista institucional na área da atenção psicossocial, esperava-se que fosse buscado quando necessário ao atendimento da população desta área.

Ao buscar à área da saúde era esperado que a saúde os buscasse, pensando na lógica de acesso utilizada pelo CnaR, todavia, a fala de Wilson, foi bastante elucidativa para com essa ideia.

“ [...] (risos) *médico atendendo na rua? Nunca vi... mal tão atendendo no hospital...*” – Wilson.

Para ter acesso à saúde foram em busca dos serviços tal qual qualquer outro cidadão o faria, o que de modo geral não poderia ser acusado como um ponto ruim, não fosse a dificuldade de acesso identificada na busca dessa forma.

Já quanto a assistência social, fora identificado a busca pelo Centro Pop como a mais realizada e em todos os relatos bem sucedido, todavia há também um caso de procura ao Creas. Por ter sido único e não ter tido um aprofundamento maior por parte do entrevistado não fora trazido no recorte feito para montagem das categorias iniciais, todavia para com a composição das categorias intermediárias faz-se questão necessária a discussão, tornando interessante que se faça um parêntese a sua procura

“Eu cheguei lá [CREAS] eles me encaminharam pro centro pop, mas isso faz bastante tempo, não lembro direito como foi, mas lembro que nesse dia eles me levaram lá” – Pedro

Essa fala intensifica o Centro pop como ponto de busca ao acesso dentro da assistência social não apenas para as pessoas que se encontram na rua, mas é identificado como ponto chave para essa população institucionalmente frente a outros serviços da assistência social, o que auxilia sua tomada de relevância dentre estes serviços, mas pode vir a identificar esse como o único serviço apto para atender a essa população, impedindo que eles busquem o CREAS ou CRAS – presentes em número muito maior por todo o território nacional – que também estão aptos para

prestar atendimento na assistência social, e que por vezes dispões de recursos maiores para contemplar os serviço necessário à essa população

6.4.3 Utilização do Serviço

Quadro 9 – Disposições da categoria intermediária ‘Utilização do Serviço’ e suas categorias iniciais.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias
7. Foi Atendido	Utilização do Serviço
8. Ser em Tratado Pelos Profissionais	
9. Voltou ao Serviço	
10. Conseguiu o que Buscava	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A utilização do serviço, definido como categoria intermediária compreende o processo de atendimento da população, a maneira com que essa foi atendida e a continuidade do atendimento encontrada, seja esta baseada em necessidades identificadas por profissionais, ou pelos próprios usuários.

Essa categoria foi composta por falas identificadas durante a compreensão das categorias iniciais e que assim basearam a identificação do que corresponderia ao ato de ‘utilizar o serviço’ gerando então esta categoria intermediária.

Ao discutir o termo ‘utilizar do serviço’ é importante ressaltar a conexão existente entre esta categoria e as categorias anteriores “Acesso à rede” e “Não percepção da Rede”. Para utilizar de um serviço via demanda espontânea é necessário conhecê-lo ou no mínimo saber de sua existência e mesmo que superficialmente de seus atendimentos, pois dessas informações retém-se o que se pode buscar no serviço e quando poderia ser útil procura-lo, a partir disso, identifica-se onde este pode ser encontrado geograficamente, maneiras de realizar seu traslado ao serviço, e então busca-se o acesso, colocando-se à mercê da disponibilidade do serviço para com o usuário (ASSIS e JESUS, 2012).

É claro que para discutir essa busca e acesso sobre perspectivas que cumpram minimamente as definições do real para o acesso dessa população, poderiam ser incluídos a dificuldade ao identificar os serviços, a dificuldade de identificar geograficamente este serviço, e o medo de tentar acessar a esse serviço e ser negado atendimento. Todavia, supondo que mesmo com estas dificuldades, entre outras, o usuário busque o atendimento, este ainda se divide entre o que será atendido e o que não será atendido.

O usuário atendido caracteriza-se por aquele que teve suas necessidades sanadas pelo serviço, compondo até certo ponto acesso ao que lhe fora prometido quando descrito o serviço por outrem ou por seus profissionais o que pode ser interpretado como 'atendimento integral' (MATTOS, 2009). O usuário não atendido pode ser caracterizado como aquele que ao buscar o serviço não obteve acesso ao que buscava ou ao que lhe fora prometido, ou ainda, aquele que teve seu acesso dificultado, impossibilitando-o de gozar da totalidade do atendimento agindo como falta do serviço.

Foram identificados como serviços utilizados Centro Pop, CAPS, CTA, UBS, Policlínica e Hospitais Regionais, pois segundo a concepção dos entrevistados foram os serviços em que foram atendidos. Esse atendimento infelizmente, como visto em entrevistas, traduz-se por vezes em ações que não contemplam a maneira como um profissional deveria agir, recusando-se a atender o usuário por este ser de rua, principalmente em saúde.

Isso por um lado evidencia o despreparo dos profissionais de saúde em atender essa população e mesmo a falta de sensibilidade de todos os envolvidos na construção de obstáculos a cessão de direitos já pertencentes a eles. Esse despreparo evidente na saúde, não é visto ou percebido pelos usuários na assistência social. Há uma ressalva quanto ao relato do Creas que também demonstra despreparo do profissional em atendê-lo, visto que o Creas está apto a receber e atender pessoas em situação de rua, seja por encaminhamento ou demanda espontânea (BRASIL, 2014).

Por sua vez o Centro Pop, protagonista de diversas narrativas positivas dos usuários, contemplou-se como o serviço mais bem 'avaliado', sendo identificado como um serviço que presta atendimento a todos os que o buscam, principalmente o de

Taguatinga. Dessa forma a volta dos usuários a este serviço contemplou-se em um número altíssimo, seja para participar das oficinas, ou para serviços diversos disponibilizados por este destoando da saúde.

Já no CAPS, afirmações quanto ao atendimento e continuidade do cuidado depreenderam-se de apenas um entrevistado, cuja sua volta foi estabelecida pela continuidade do tratamento junto a serviços de saúde, visto doença crônica que este possui.

A utilização de serviços da assistência social fora visto como o mais buscado junto a saúde, todavia aquele possui narrativas mais positivas que os serviços de saúde, levando em consideração atendimento pelo profissional, e volta ao serviço com encaminhamento ou não, ressaltando ainda que o CAPS a partir dos relatos é tido como um serviço não muito buscado, mas que ao fazê-lo dispõe de bom atendimento para com a população.

6.5 CATEGORIAS FINAIS

As categorias finais foram constructos baseados pelas categorias iniciais e intermediárias resultando nas categorias: “Serviços para população em situação de rua” e “Atendimento para população em situação de rua” que serão abaixo exploradas

6.5.1 Serviços para população em situação de rua

Quadro 10 – Disposição da categoria final I e suas categorias intermediárias.

Categorias intermediárias	Categorias Finais
1. Não Percepção da Rede	I Serviços disponíveis para população em situação de rua
2. Acesso à rede	

Fonte: Elaborado pelo autor.

As categorias finais contemplam as categorias iniciais e intermediárias, fazendo-se assim uma compilação direta dos dados apresentados, a fim de discutilas em últimos apontamentos. Fazem-se ressalvas nessas categorias sobre os

serviços disponibilizados para essa população a fim de tornar claro o que fora identificado.

Quadro 11 – Sistematização das informações trazidas pelos entrevistados quanto aos serviços questionados.

Serviços	Reconhecido pelos entrevistados	Buscado pelos entrevistados	Utilizados pelo entrevistado	Localização identificada pelo entrevistado
CRAS	Sim	Não	Não	Taguatinga
CREAS	Sim	Sim	Não	Taguatinga
COSE	Não	Não	Não	Não soube
Centro Pop	Sim	Sim	Sim	Taguatinga e Brasília
UNAF	Sim	Não	Não	Taguatinga
UNAM	Não	Não	Não	Não soube
UNAI	Não	Não	Não	Não soube
CAPS	Sim	Sim	Sim	Taguatinga
Adolescentro	Não	Não	Não	Não soube
CTA	Sim	Sim	Sim	Brasília
Consultório na Rua	Não	Não	Não	Não soube
UPAS	Sim	Não	Não	Ceilândia
UBS	Sim	Sim	Sim	Brasília
Policlinica	Sim	Sim	Sim	Taguatinga
Hospitais Regionais	Sim	Sim	Sim	Brasília (Hospital de Base)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Estes são dados já apresentados nas categorias anteriores, mas sistematizados para melhor visualização frente à compilação de algumas categorias iniciais.

Alguns pontos a serem ressaltados dessa sistematização são: o número de serviços alocados respectivamente em Taguatinga e Brasília, o número de serviços apontados como localizados nestes dois espaços totalizam nove serviços de quinze; dos outros seis, um dos espaços foi apontado em Ceilândia, que não era uma cidade de localização de nenhum dos entrevistados. Todavia como Taguatinga e Brasília não possuem o respectivo serviço, era esperado que houvessem referenciamentos geográficos distintos. Quanto aos outros 5 serviços, os entrevistados não souberam onde se encontravam pois, ou não os reconheciam, ou não tinha tido nenhum tipo de contato com este.

Ao dividir os serviços apontados e localizados em Taguatinga ou Brasília, tem-se 6 serviços em Taguatinga e 4 serviços em Brasília, em que, um dos serviços – o único – fora indicado e buscado em ambas as cidades. Desses 6 serviços em Taguatinga, é interessante evidenciar que 4 estão também presentes em Brasília, com destaque à Unidade Mista de Saúde e o CAPS que são os serviços buscados pelo entrevistado portador de HIV/AIDS que se encontra na Asa Sul e busca atendimento em Taguatinga.

Outro ponto interessante de se estar atento é a falta de acréscimos quanto a serviços não presentes na lista inicial, em momento algum fora apresentado um serviço de que eles tinham conhecimento ou haviam sido atendidos que não constava na gama de serviço listada.

Quanto aos serviços listados, é interessante destacar a utilização única do Centro Pop como agente da assistência social para a população de rua, ainda que existam outros dois serviços que também atendem a populações vulneráveis – CRAS e CREAS. Além disso a falta de busca pelo UNAF – Albergue – até então injustificada pelo entrevistado, bem como do CnaR.

Depreende-se, portanto, que a busca por alguns serviços não acontece apenas pela falta de conhecimento, ou de proximidade geográfica do serviço. Varanda (2004) afirma que ao fim da década de 90 essa população não buscava atendimento por que

lhe era negado, visto a falta de políticas públicas que o garantissem. Atualmente com a gama de políticas e aportes normativos que o fazem, há de se estar atento ao processo de construção dessa política, a fim de que esta contemple este grupo social, devendo ser além disso tornar-se de conhecimento deles, uma vez que a falta de conhecimento a cerca, torna-se uma dificuldade factível ao acesso a alguns serviços (DANTAS, 2007).

6.5.2 Atendimento para população em situação de rua.

Quadro 12 – Disposição da categoria final II e sua categoria intermediária.

Categorias intermediárias	Categorias Finais
1. Utilização do Serviço	Atendimento para população em situação de rua

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na categoria anterior fora descrita a busca para o acesso, descrevendo as etapas de busca ao serviço, e da disponibilidade destes segundo o visto pelos entrevistados. Nessa categoria, apresentar-se-á a utilização desse serviço e a maneira com que se deu pelo atendimento, a partir do identificado nas entrevistas.

Quadro 13 – Sistematização dos relatos segundo caracterização da utilização dos serviços a partir das entrevistas.

Serviços utilizados pelos entrevistados	Foi bem tratado pelos profissionais	Volta ao serviço	Conseguiu o que buscava
Centro Pop	Sim	Sim	Sim
CAPS	Sim	Sim	Sim
CTA	Sim	Não	Sim
UBS	Não	Não	Sim
Policlínica	Sim	Sim	Sim
Hospitais Regionais	Sim	Não	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor

Nas entrevistas levantadas, todos os usuários que buscaram serviços em alguma das áreas descritas neste trabalho foram atendidos, o que ficou bem claro pelo Quadro anterior. Todavia a maneira com que esse atendimento se deu varia. O primeiro ponto a ser ressaltado, é a diferença entre o atendimento na Unidade Básica de Saúde e os demais serviços. Esta é visivelmente a única que possuiu profissionais que segundo a fala dos entrevistados não os tratou bem, o que foi determinante para a decisão de não voltar mais a este serviço pelo usuário.

Outro ponto perceptível destes serviços é que dos seis presentes, a saúde representa quatro, indicando que dos entrevistados a gama de serviços mais buscados foram serviços de saúde, o que pode indicar a necessidade que essa população possui por serviços desta área. Nestes quatro estão dispostos todos os níveis da atenção, incluindo o CTA que age como vetor para todos os níveis concretizando atendimentos iniciais e quando necessário encaminhando o usuário a outros serviços.

Ao mesmo tempo é necessário destacar que a ‘porta de entrada’ do sistema representada pela Atenção Primária e consequentemente pelos Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde que respectivamente acabam por serem a porta de entrada dos serviços de saúde em geral, representaram o único serviço que não concretizou a acolhida ao usuário de maneira correta, quase não o atendendo, e assim ‘fechando’ a ‘porta de entrada’ do sistema para o mesmo.

Outro ponto a ser destacado é o status que o Centro Pop possui para a população de rua, há a ideia de que os entrevistados o possuíam como território da rua, de livre acesso às pessoas em situação de rua, o que não é ruim, do contrário, indica que o sistema de acolhimento do local é de uma eficácia visível e a proposta de atendimento a essa população idealizada pela própria consolidação do Centro Pop está sendo posta em prática.

Dessa forma vê-se que a utilização em geral tem-se como boa aos entrevistados, principalmente quanto ao Centro Pop. Existe um viés de atendimento em saúde, principalmente na atenção básica, mas que não se estende aos demais níveis da atenção, permanecendo restrita mesmo neste nível da atenção, a Unidade Básica de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Coletiva como espaço intersetorial, conceitua-se como campo teórico e empírico que tem contido em si multiplicidade de saberes. Podem ser enumerados como partícipes as Ciências Humanas e Sociais, Epidemiologia, Políticas Públicas, Planejamento, Gestão, entre outros. Todos entrelaçados, visto a necessidade apresentada e consolidada, enquanto processo na reforma sanitária, em compor junto a saúde pública um olhar amplo frente a complexidade do estudo do processo saúde-doença e suas particularidades.

A multiplicidade presente à Saúde Coletiva, é um de seus pontos positivos permitindo a construção de trabalhos mais ricos teoricamente, embora o seja também um ponto negativo, uma vez que a coalisão coerente de tantos saberes em um único trabalho represente tarefa árdua para a concretização da pesquisa. Nesse aspecto o presente trabalho tem como objetivo oficioso estabelecer maneiras de se conduzir uma pesquisa que esteja atento a tecnicidade necessária as aspirações do Planejamento e da Gestão, bem como contemplar a complexidade apresentada pelas Ciências Sociais ao lidar diretamente com o estudo ou inserções, à grupos populacionais vulneráveis.

A dificuldade para construir um trabalho que co-exista em ambos os campos, é evidente, principalmente no tratamento dos dados. Contudo, algumas considerações à metodologia utilizada devem ser feitas.

Ao realizar pesquisa diretamente com população em situação de rua, é evidente a propensão a utilização de métodos qualitativos, pois é necessário moldar os escopos da pesquisa às complexidades presentes no contato direto com eles. Dessa forma, é assim possível estabelecer um nível de profundidade muito maior neste trabalho ao seguir este cunho metodológico, do que se o fosse quantitativo.

Deve-se ressaltar, todavia, que é um método extremamente custoso no que diz respeito ao tempo, possibilitando poucas entrevistas a depender do cronograma. Ainda assim, evidencia-se destas ‘pocas’ entrevistas que em suma maioria congratulam-se como suficientes ao escopo da pesquisa, deixando como

aconselhamento a utilização dessa mesma estratégia a pesquisas futuras que tangenciem a saúde desta população.

Quanto a consolidação da dita tecnicidade nos resultados da pesquisa, provou-se de fato árduo trabalho, levando em consideração o recorte estabelecido a partir dos discursos da própria população de rua. Contudo, os resultados estabelecem-se como produto sólido para construção de planos e ações para melhoria do acesso e da utilização dos serviços dos entrevistados, visto que a voz traduzida ao produto foi a voz da própria população de rua consolidada como protagonista deste trabalho, em que é possível denunciar academicamente e indiretamente aos responsáveis governamentais, as reais circunstâncias de acesso, dificuldades e melhorias necessárias.

Tem-se dessa forma informações surpreendentes como, por exemplo, o total desconhecimento do Consultório na Rua pelos entrevistados, fato este, que deve ser mais aprofundado por investigações futuras; e as dificuldades ao acesso a saúde pela Atenção Básica, que deveria por conceito, ser a porta de entrada de todos os usuários, demonstrando a realidade do que é vivido pela população estudada de maneira a ser utilizada pela gestão.

Por fim deve-se evidenciar algumas possibilidades não contempladas pelo trabalho como a falta de entrevistados de outras regiões administrativas, ou a realização de mais entrevistas. Ambas estão já presentes na metodologia como inviáveis ao presente trabalho, entretanto, são novamente reiteradas como válidas para aspirações a outros pesquisadores ou à trabalhos futuros, com mais tempo para desenvolver o trabalho de campo, compreendendo também um levantamento maior seguindo os mesmos preceitos já estabelecidos.

8 REFERÊNCIA

ALONSO, L. **La mirada cualitativa em sociologia**: una aproximación interpretativa. Editorial Fundamentos. 2003. 272p.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 17, n. 11, p. 2865-2875. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Persona Psicologia. 1977. 233p.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2 ED. Rio de Janeiro. Editora Vozes Ltda. 2003.

BEHRING, E. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A.; et al. (Org). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 1-27.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

_____. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

_____. Lei nº 11.258 de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

_____. Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua. 2008. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em 01/11/2016.

_____. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Decreto nº 33.779, de 6 de julho de 2012. Institui a Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua do Distrito Federal e dá outras providências.

_____. Guia de serviços para cidadania da população em situação de rua. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Brasília, 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social - MDS. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

_____. Sumário Executivo. PESQUISA NACIONAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Abril de 2008

_____. Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República. Distrito Federal adere à Política Nacional para População em Situação de Rua. Disponível em:

<<http://www.sdh.gov.br/noticias/2013/abril/distrito-federal-adere-a-politica-nacional-para-populacao-em-situacao-de-rua>> Acesso em 26/10/2016.

_____. Portal da Saúde. Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua se Reúne em Brasília. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sgep/pop-rua/pop-rua-noticias/23765-comite-tecnico-de-saude-da-populacao-em-situacao-de-rua-se-reune-em-brasilia>> Acesso em 24/10/2016.

BOBBIO, P. In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G (Org.). **Dicionário de Política**. 12 ed. Brasília: Editora da UnB, 2002. v. 2.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**. v. 2, n. 1, p. 68-80. 2005.

CAVALCANTE, R.B.; Et al. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. De Soc: Est.** João Pessoa. V. 24, N. 1, p. 13-18. 2014

CEBES. A questão da saúde no Distrito Federal. O texto traça um breve histórico sobre a reforma sanitária no Brasil e defende a reconstrução do Sistema Único do Distrito Federal, com a prioridade para o seu segmento público, como uma forma efetiva de combate a corrupção. 2010.

COSTA, A. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**. n. 4, 2005.

COUTO, C. Constituição, competição e políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo. v. 65, p. 95-135. 2005.

DANTAS, M. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios**. 2007, 163f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

DANTAS, Natália da Silva. A população em situação de rua e a política social no Brasil. 2012, 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

DE LUCCA, D. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população ode rua**. 2007, 241f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Departamento de Antropologia. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo.

_____. Sobre o nascimento da população de rua: trajetórias de uma questão social. In: CABANES, R. et al. (Org). **Saídas de emergência: ganhar/perder a vida na periferia em São Paulo**. Boitempo, 2011.

DUTRA, Ana Luísa Pires. Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF? 2014. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília.

SCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1999. 274p.

ESTEVES, Bárbara Xavier. Políticas Públicas para população em situação de rua na política de assistência social e na política de saúde: uma análise sobre o centro de referência especializado para a população em situação de rua do Distrito Federal. 2014. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília.

FALEIROS, V. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERRO, M. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. In: **Revista Direitos Humanos: nº 08**. Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República. Janeiro 2012.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. Política de Saúde: Uma política Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas Serviços e Sistemas de Saúde**, Fiocruz, 2009. p. 1-42.

FONTANELLA, B. J. B.; Et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 17-27. 2008.

FRANGELLA, S. **Corpos urbano errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. 2004, 361f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

FREITAS, N. **A materialização do SUAS no DF: o Estado garantindo a primazia do setor privado**. 2011, 197f. Dissertação (Mestrado em Política Social) Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília.

FRIAS, P.; et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I.; et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, v. 1, p. 43-56.

GIROLA, C. M. Recontrer des personnes sans abri. Une anthropologie réflexive. In: Politix. Vol. 9, n° 34. Deuxième trimestre, p: 87-98, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 Ed. São Paulo. Editora ATLAS. 2008

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, v. 21, n. 55. 2001.

JABUR, P. A. C.; Et al. Pelos Cantos da Capital: migração e vida nas ruas em Brasília. **Iluminuras**. Porto Alegre, v. 16, n. 37, p. 191-211. 2015.

KINGDON, J. Como chegar a hora da Política. In: KINGDON, J. (Org.). **Agendas, alternatives, and public policies**. 2nd Edition. Harper Collins College Publishers. 1995. p. 219-224.

KLAUS, F. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexos referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 21. p. 211-259. 2000.

KUNZ, G. S.; Et al. Modos de vida da população em situação de rua: inventando tática nas ruas de vitória/ES. **Fractal, Rev. Psicol.** v. 26, n. 3, p. 919-942. 2014.

LIMA, L.; D'ASCENZI, L.. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. **Revista de Sociologia e política**. v. 21, n. 48, p. 101 – 110, dez 2013.

LOWI, J. American businesss, public Policy, case-studies, and political theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, 1964.

LYNN, L. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif. Goodyear. 1980.

MAGNI, Claudia Turra. A rua invisível: espaço de habitar. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Cultura, 1994

MALFITANO, A.; MARQUES, A. A entrevista como método de pesquisa com pessoas em situação de rua: questões de campo. **Caderno de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 2289-2296, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 5 Ed. São Paulo. Editora ATLAS. 310p. 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2009.

MEAD, L. M. Teaching Public Policy: Linking Policy and Politics. **Journal of Public Affairs Education**. v. 19, n. 3, p. 389 – 403. 2013.

MELLO, M. Políticas Sociais e Políticas de Bem-Estar: Algumas Considerações. **InterfacEHS**, São Paulo, v. 2, n.4. 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 17, n. 3, p. 621-626. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Governo Federal, Brasília – DF, 2012.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). **Orientações técnicas: centro de referência especializado para população em situação de rua – centro pop**. Governo Federal, Brasília – DF, 2011.

MNCR. Movimento Nacional dos Catadores de Material Recicláveis. História do MNCR. Disponível em:

<<http://www.mnccr.org.br/sobre-o-mnccr/sua-historia>> acessado em: 26/10/2016.

MNPR – Movimento Nacional da População de Rua. **Cartilha de Formação do Movimento Nacional da População de Rua**. São Paulo: Instituto Pólis. 2008

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro. V. 16, N. 4, p. 569-76. 2008

PEREIRA, C. **Rua sem saída: um estudo sobre a relação entre o Estado e a População de Rua de Brasília**. 2008. 127f. Dissertação (Mestre em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília. Brasília.

PEREIRA, Portyara A. P. Sobre a controvertida identificação da política social com o Welfare State. (Org.) **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2011, p. 23-58.

PEREIRA, F. **Desdobramentos da Adesão do Governo do Distrito Federal à Política Nacional para a População em Situação de Rua**. 2016. 160 f. Dissertação (Mestre em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

PIANA, M. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. 2008, 235f. Tese (Doutora em Serviço Social), Programa de Pós-Graduação em Serviços Social da Universidade Estadual Paulista. Faculdade de História, Direito e Serviço Social. São Paulo.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.215-53.

RESENDE, V.; SILVA, R. Políticas públicas voltadas à situação de rua, discurso e (im)possibilidades de participação da sociedade civil: um caso no CIAMP RUA/DF. In: **II Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades**. 2014, Brasília. Grupo de Pesquisa Demode, 2014. v. 1. p. 1-13

RIBEIRO, J. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. In: LORDÊLO, J.; DAZZANI, M (Org.). **Avaliação educacional: desatando e reatando nós**. EDUFBA, 2009.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência Araxá**. N. 4, p. 129-148. 2008.

- RODRIGUES, M. **Políticas Públicas**. PubliFolha. p. 92. 2010.
- SECCHI, L.. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2a edição. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, v. 1. 184p.
- SILVA, A. H. **Rituais corporativos como estratégia de legitimação dos valores organizacionais em empresas familiares**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestre em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Maria.
- SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O.; Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 148-159. 2013.
- SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T; Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**. V. 17, N. 1. 2015.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, v. 8. p.20-45. 2006.
- SOUZA, A.G.L; **“Eu sou de rua, mas também sou gente”**: Intersubjetividade e construção de identidades dos indivíduos em situação de rua de João Pessoa – PB. 2012, 232f. Tese (Doutor em Sociologia), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco.
- SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madri. Inap, 1989. 184p.
- SILVA, C.; et al. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 246-256. 2015.
- SEDEST. **Carta de serviços ao cidadão**. Brasília. 2015. 117p.
- TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 203 p.
- TUDE, J. Conceitos Gerais de Políticas Públicas. In: TUDE, João Martins; FERRO, Daniel; SANTANA, Fabio Pablo (Org.). **Políticas Públicas**. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2010. pp. 11-34.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde coletiva**. V. 12, n. 3, p. 599-613. 2005.
- VARANDA, W; ADORNO, R. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-6. 2004.
- BRASIL. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Departamento de Vigilância, Prevenção e controle das IST, AIDS e das Hepatites Virais. Serviços de Saúde. Centro de Testado e Aconselhamento. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento> acessado em 18 de junho de 2017.